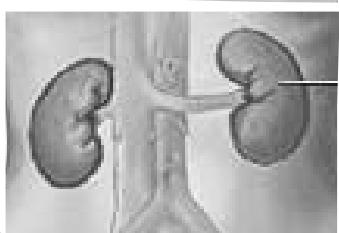
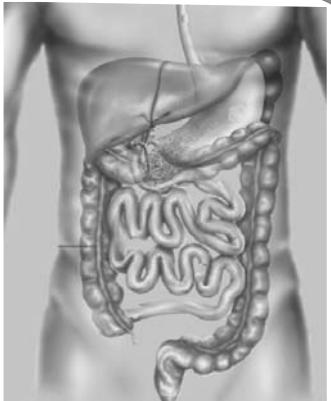




ننگهار پوهنتون  
طب پوهنځی

## د هضمی سیستم او پنټورګو ناروغری



پوهنډوی دوکتور سیف الله هادی  
جل ۱۳۹۰



د هضمی سیستم او پنټورګو ناروغری

### Gastrointestinal & Renal System Diseases

پوهنډوی دوکتور سیف الله هادی



Nangarhar University  
Medical Faculty

Dr. Saifullah Hadi

### Gastrointestinal & Renal System Diseases

Funded by: Kinderhilfe-Afghanistan



2011

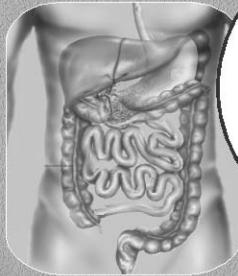
Printed in Afghanistan

ISBN 9789936201385  
9789936201385

# د هضمی سیستم او پنستور ګو نارو غني

پوهندوي دوکتور سيف الله هادي

AFGHANIC



## Gastrointestinal & Renal System Diseases

Dr. Saifullah Hadi

Download: [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)

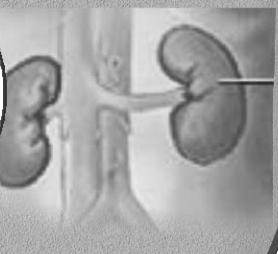
In Pashto PDF  
2011



Nangarhar Medical Faculty

ننگر ھل رطب پوهنځي

Funded by:  
Kinderlife-Afghanistan







د نړۍ ګرها پوهنټون  
د طب پوهنټي  
دادا خلی څانګه

## د هضمی سیستم او پښتو رکوناروғی

مؤلف : پوهندوی دکتور سیف الله (هادی)

کال: ۱۳۹۰ ل

د کتاب نوم	دهضمی سیستم او پښتوړ ګونارو غنی
لیکوال	پوهندوی دوکتور سیف الله هادی
خپروندوی	د ننگرهار طب پوهنځی
ویب پاڼه	<a href="http://www.nu.edu.af">www.nu.edu.af</a>
چاپ خای	سهر مطبعه، کابل، افغانستان
چاپ شمېر	۱۰۰۰
د چاپ نېټه	۱۳۹۰
د کتاب ډاونلوډ	<a href="http://www.ecampus-afghanistan.org">www.ecampus-afghanistan.org</a>

دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېتی ([www.Kinderhilfe-Afghanistan.de](http://www.Kinderhilfe-Afghanistan.de))

لخوا تمویل شوي دي.

اداري او تخنيکي چاري بي د افغانیک موسسی لخوا ترسره شوي دي.

د کتاب د محتوا او لېکني مسؤليت د کتاب په لېکوال او اړوندې پوهنځی پوري اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي تولني په دي اړه مسؤليت نه لري.

د تدریسي کتابونو د چاپولو لپاره له موب سره اړیکه ونیسي:

ډاکټر یحیی وردک، دلورو زدکرو وزارت، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: [wardak@afghanic.org](mailto:wardak@afghanic.org)

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بې ان: ISBN: 978 993 620 1385

بسم الله الرحمن الرحيم  
تقرير

داداخلي خانگي استاد پوهندوي دكتور سيف الله (هادي) هجه علمي اثر چه د هضمی سیستم او د پښتورګو ناروغری عنوان لاتدي بې تاليف کړي دي ما په غور سره لوستلي او غواړم چه د هغې علمي ارزښت خخه په لاتدي ډول یادونه وکړم:  
کتاب د ليک لپا او سر ليکني سر بيره په دوو برخو په ۲۸۲ مخونو کي ليکل شوي چه لمړي برخه کې بې د هضمی جهاز او د هغې ملحقاتو یانی ئېگر، د صفرا کڅورې او د پانقراص د ناروغریو خخه په لازم تفصیل سره یادونه شوی ده او دویمه برخه یې د پښتورګو ناروغریو ته خانگړي شوی ده.

چې دواړو برخو کې د هرۍ ناروغرۍ د تعريف سر بيره پتوجنیس، کلينيکي بې، تشخيص، تفریقې تشخيص او د تشخيص په منظور ډول لازمو لبراتواري کتنو خخه یادونه شوی او د درمانی بیلا بلی لاری په ګوته شوي دي.

دا کتاب د محتوا له نظره ډول ډول علمي منابعو په واسطه غني او د ليکني سبک یې ساده او داسې دی چې مغلق او پیچلې جملې په کې نه تر ستر ګو کېږي او ټول لوستونکي ترى د موضوع په هکله بنه ګته اختسلاي شي.

بايد ووايم چې نوموري درسي کتاب د خلور ټولکې د درسي کوريکولم او مفرداتو مطابق ليکل شوي او په چاپ او شر سره به یې د خلور ټولکې د دويم سمسټر د محصلينو اړتیا له منځه لاره شي او هم به د نورو ځوانو ډاکټرانو لپاره په یادی شوی برخه کې پوره اساتيواي رامنځ ته شي.

د کتاب په پاي کې ماخذونو ته ئای ورکړي شوی چې په معیاري ډول ليکل شوي او اکثره برخو کې بې د ټيرو نويو تازه علمي منابعو او د اتېرنېټ د سايتونو خخه ګته اخستل شوی ده.

په پاي کې ويلاي شم چې د یودرسی کتاب لازم نورمونه ټول له مؤلف له خوا په پام کې نیوں شوی دی زه د استاد دغه زيار او هاند چې ددی علمي اثر د سره رسولو لپاره یې ګاللى دی ستایم او د نورو شرایطود بشپړه کیدو تر خنګ یې د پوهنواي علمي رتبى د لوړوالي لپاره کافي بولم او اړونده مقاماتو ته یې د چاپ او نشر لپاره سپارښته کوم او خپله استاد ته د لوی خدای (ج) خخه د نورو برياوو غوبښته کوم.

په درنښت

الحاج پوهاند دوكتور محمد طيب نشاط  
داداخلي خانگي استاد.

بسم الله الرحمن الرحيم

تقریظ

د طب پوهنخی داخلي خانگي محترمو غرو ته!

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

د هضمی سیستم او دپینتورگو ناروغیو تر عنوان لاندی درسي کتاب چې د خلورم  
ټولگي ددویم سمسټر لپاره پوهندوى دوکتور سیف الله (هادي) ته د داخلي خانگي  
دپريکري له مخي د رايويه يووالی وظيفه ورکول شوي وه او د طب پوهنخی علمي شورا  
او نورو ذيصلح مقاماتو له خوا تائید شوي و سرته يې رسولی ما په غور سره مطالعه  
او په لاندی توګه يې ارزیابی کوم.

کتاب په روانه پښتو زبه په دوو برخو چې لوړۍ برخه يې د هضمی سیستم ناروغی  
او ده ګي ملحقاتو يانې خيگر، دصفراوي کڅورې او د پانقراص د ناروغیو خخه په لازم  
تفصیل سره یادونه شوي ده او دویمه برخه يې دپینتورگو ناروغیو ته خانگري شوي ده.  
په ۲۸۲ مخونو کې ليکل شوي دي. د کتاب تالیف، ليکنه، راټولونه او د ليکلو  
کړنلاره يې چې ديو علمي کتاب د ليکنې لپاره اړينه ده په پوره ډول په پام کې نیول  
شوي ۵۵.

همدارنګه کتاب دسريزې، فهرست او د اخذ ليکنو لرونکى دی. د کتاب منځانګه د  
داخلي خانگي د استادانو د علمي اشارو، كتابونو، دکابل طبي پوهنتون د داخلي  
خانگي د استادانو، دنريوالو معتبرو كتابونو او اتېرنېټي سرچينو خخه بدایه شوي ۵۵.  
په کتاب کې د طب پوهنخی محصلينو او نورو څوانو ډاکټرانو لپاره دهري ناروغی.  
پېژندنه، لاملونه، اپيد یمولوژي، پتوجنيسس، کلينکي بنه، توپيری تشخيص،  
اختلالات، انزار او درملنه د منلي شوي کريکولم سره مطابق ليکل شوي چې د  
لوستلو پرمهال يې ستريا نه احساسېږي. همدارنګه په کتاب کې د ځښو ناروغیو لپاره  
جدولونه، شيماګانې او انځورونه هم په مناسبو څایونو کې ځای پر ځای شوي چې د لا  
روښانولو لپاره پوره مرستندويه دی.

نو د پورته تکو په پام کې نیولو سره کتاب پوره علمي ارزښت لري او زه يې مثبت  
ارزیابی کوم او د پوهنواي علمي رتبې ته د لوړتیا لپاره نورو شرایطو د پوره کولو تر  
خنګ يې کافي بولم او د کتاب دخپرېدا او چاپ وړاندېز يې کوم.

په پاڼي کې د محترم استاد لپاره په علمي ډګر کې د نورو برياوو په هيله يم  
په درښت

الحاج پوهاند دكتور محمد ظاهر (ظرفرزي)

داخلي خانگي مشر

بسم الله الرحمن الرحيم

تقریظ

د ننگهار د طب پوهنخی د داخلی دیپارتمنت محترمو غروته!

السلام علیکم و رحمت الله و برکاته

هغه موضوع چې د هضمی سیستم او پښتورګو ناروغیو تر سرلیک لاندې بساغلي پوهندوی ډاکټر سیف الله (هادی) ته د پوهندوی علمي رتبې خخه د پوهنواں علمي رتبې د ارتقا لپاره د دیپارتمنت له خوا ورکړ شوې او د طب پوهنخی علمي شورا او د عالي تحصیلاتو د وزارت د انسجام کمېتې له خوا تایید شوې ما په غور سره په هر اړخیزه توګه مطالعه او خپل نظر په لاندې توګه خرگندوم.

کتاب په دوو برخو د هضمی سیستم ناروغی او د پښتورګو ناروغی، په ۲۸۲ مخونو کې لیکل شوی دي.

کتاب په ساده، روانو سوچه پښتو کلیمو او جملو کې لیکل شوی او مؤلف کوبنښ کړي چې د انگلیسي ژبې لغات او کلیمي په ساده پښتو ژبه ترجمه تر خود طب مينه وال ورڅخه اعظمي استفاده وکړي.

د کتاب منځانګه د داخلی د دیپارتمنت او هم د کابل طبی پوهنتون له اثارو خخه غني شوې ده، له بلې خوا د کتاب په منځانګه کې د دنیا له معابر و نویو ټکس کتابونو، ژورنالونو او انتربنېت خخه پوره معلومات خای پر خای شوې، چې د همدي کبله له یوې خوا د محصلینو ستونزې دلکچر له پلوه له منځه تللي او له بلې خوا د ډاکټرانو او محصلینو د استفادې لپاره یو نسه ماخذ ګنډ کېږي. همدا رنګه دا کتاب د خلورم ټولګي د کاريکولم سره سم په نسه توګه لیکل شوی، چې ټول محصلین ورڅخه د هضمی سیستم او پښتورګو ناروغیو په هکله پوره معلومات تر لاسه کولی شي.

باید یادونه وکړم چې په کتاب کې د موضوعاتو د نسه روښانه کولو لپاره انځورونه او جدولونه په مناسبو ځایونو کې خای پر خای شوې، چې په دې وسیله د طب مينه وال ورڅخه پوره ګته اخښتلی شي، په اخر کې باید وايم چې بساغلي ډاکټر سیف الله (هادی) د کتاب په لیکل کې پوره زحمت ګاللى او د پوهندوی علمي رتبې خخه یې د پوهنواں علمي رتبې ته د ارتقا لپاره د نورو شرایطو د پوره کولو تر څنګ کافي بولم او له الله (ج) خخه ده ته په علمي ډګر کې لازیات بریالیتوبونه غواړم

په درښت

پوهاند ډاکټر عبدالواحد (الکوزی)

داداخلي دیپارتمنت استاد

## ﴿ يادونه ﴾

قدر منو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی یوه لویه ستونزه ګنډل کېږي. ددې ستونزې د هواری لپاره مور په تېرو دوو ګلونو کې د ننګرهار، کندھار، بلخ او خوست د طب پوهنځيو د درسي کتابونو چاپ د آلمان د اکادمیکو همکاريو د ټولنې (DAAD) له خوا ۲۵ طبی درسي کتابونه چاپ او د افغانستان ټولو طب پوهنځيو ته ورکړل شول. د هېواد د پوهنتونونو، لوړو زده کړو وزارت او آلمان په غوبښته مور خپل دغه پروګرام نورو پوهنتونونو او پوهنځيو ته هم غخوو.

د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د ۲۰۱۰-۱۴۲۰ ګلونو په ملي ستراتېژیک پلان کې راغلي چې :

"د لوړو زده کړو او د سبوني د بهه کيفيت او محصلينو ته د نويو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړينه ده چې په پښتو او دري ژبود درسي کتابونو د لیکلو فرucht برابرشي، د تعليمي نصاب د ريفورم لپاره له انګلیسي ژبي خخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او مجلو ژبارل اړین دی، له دې امکاناتو خخه پرته د پوهنتونونو محصلين او استاذان نشي کولای عصری، نويو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي".

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلين او استاذان له ډېرو ستونزو سره مخ دي، دوی په زاړه مېټود تدریس کوي، محصلين او استاذان نوي، تازه او عصری معلومات په واک کې نلري، درسي مېټود ډېر زور دی، محصلين له کتابونو او هغه چېپېرونو خخه ګټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په تېټ کيفيت کاپي کېږي. لکه خنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي داکټرانو ته اړتیاری، نو باید د هېواد د طب پوهنځيو ته لازیاته پاملننه وشي.

ددي ستونزې د حل لپاره هغه گټور کتابونه چې د طب پوهنځيو د استادانو لخوا ليکل شوي، باید راټول او چاپ شي، په دي لپ کې مو د ننګرهار، کندهار، بلخ، خوست او هرات له طب پوهنځيو خخه درسي کتابونه ترلاسه او چاپ کړي، چې دغه کتاب یې يوه نمونه ده.

خرنګه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروګرام يوه برخه ده، غواړم دلته زموږ د نورو هڅو په اړوند څو تکي راوړم:

### ۱. درسي طبي کتابونه

دا کتاب چې ستاسو په لاس کې دی د درسي کتابونو د چاپ د لپې يوه برخه ده. موږ غواړو چې دې کار ته دوام ورکړو او د چېپټر او نوت ورکولو دوران ختم شي.

### ۲. د نوی مېټود او پرمختللو وسایلو په کارولو سره تدریس

د ننګرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځۍ یوازې د یو پراجیکټور درلودونکې وو، چې په تول تدریس کې به تري ګټه اخيستل کېده او ډېرو استادانو به په تیوريکي شکل درس ورکاوه. تیر کال مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننګرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځيو تولو تدریسي تولګیکو کې پروجکټروننه نصب کړو.

### ۳. د هېدل برګ پوهنتون په نړیوال طب کې ماستري

په نظر کي ده چې د هېډول د طب پوهنځيو د عامې روغتیا د خانګو استادان د جرمني هيدل برګ پوهنتون ته د ماستري لپاره ولپېل شي.

### ۴. د اړقياوو ارزونه

په کار ده چې د پوهنځيو روان وضعیت (اوسنی ستونزې او راتلونکی چلنځونه) وارزوول شي، او بیا ددې پر بنست په منظمه توګه اداري، اکادمیک کارونه او پرمختیابي پروژې پلي شي.

### ۵. کتابونونه

په انګلیسي ژبه په تولو مهمو مسلکي مضمونونو کې نوي نړیوال معیاري کتابونه د پوهنځيو کتابونونو ته وسپارل شي.

### ۶. لاړاتوارونه

په هر طب پوهنځي کې باید په بېلا بېلا برخو کې لاړاتوارونه موجود وي.

## ٧. کدری روغتونونه (د پوهنتون روغتونونه)

د هیواد هر طب پوهنځی باید کادری روغتون ولري او یا هم په نورو روغتونونو کې د طب محصلینو لپاره د عملی زده کړو زمينه برابره شي.

## ٨. ستراتیژیک پلان

دا به ډېر ګټور وي، چې د طب هر پوهنځي د اړوندې پوهنتون د ستراتیژیک پلان په رنا کې خپل ستراتیژیک پلان ولري.

له ټولو محترمو استادانو خخه هیله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي ګتابونه ولکي، وزباري او یا هم چې پخوانۍ لیکل شوي ګتابونه، لکچر نوټونه او چېټرونه ادبې او د چاپ ګولو لپاره یې تیار ګري او زموږ په واک کې یې راکړي، چې په بنه کيفيت یې چاپ او په وړیا توګه یې د محصلینو په واک کې ورکړو. همدارنګه د پورته یادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه مور ته په لاندې آدرس وسپاري، خو په ګډه اغېزمن ګامونه واخلو.

له ګرانو محصلینو هیله کوم، چې په یادو چارو کې له خپلو استادانو او مور سره موستندوي شي.

د آلمان د اکادمیکو همکاريو ټولنې DAAD مؤسسيې خخه ډېر مننه کوو، چې تراوسه یې د ۲۵ طبي درسي ګتابونو د چاپ او په پینځو طب پوهنځيو (ننګرهار، خوست، کندهار، هرات او بلخ) کې د پروجکټرونو لګښت په غاره اخيستي.

په آلمان کې د افغانی ماشومانو سره د مرستي ټولنې (Kinderhilfe-Afghanistan e.V.) او د ټولنې مشر باغلي Dr Eroes نه د زړه له کومى مننه کوم، چې په ورین تندی یې د دغه کتاب د چاپولو لګښت منلى دي او د لانورو مرستو وعده یې کړي ۵۵.

په افغانستان کې د ګتابونو په چاپ کې د لوړو زدکړو وزارت همکارانو، د پوهنتونونو او پوهنځيو له ریيسانو او استادانو مرستي د قدر وړ بولم او منندوي یم.

ډاکټر یحيی وردګ

د لوړو زده کړو وزارت، کابل، ۲۰۱۱ م، اکتوبر

دفتر تليفون: +۹۷۰ ۸۴۴ ۰۷۵۶۰، موبایل تليفون: +۹۷۰ ۶۳۲۰ ۱۴۶۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

# لېكىر

## لومړۍ برخه

### د هضمی سیستم ناروځی

مخ

سرليک

۱

سرليکنه

#### دمري التهابي ناروځی

۲

پیژندنه

۲

اپیدیمولوژی

۲

پتوفزیولوژی

۴

کلینيکي بهه

۵

توبيري تشخيص

۵

اختلاطات

۱۰

دمري اتناني التهاب

۱۲

د درملو له کبله دمرى التهاب (Drug induced esophagitis)

۱۳

د سوزونکو توکوله کبله دمرى التهاب (Caustic esophageal injury)

#### اکلیشیا (Achalasia)

۱۴

پیژندنه

۱۴

پتوفزیالوژی

۱۴

کلینيکي بهه

۱۵	تشخیص
۱۶	درملنه
<b>گاسترایتس او گاستروپاتی (Gastritis and gastropathy)</b>	
۱۷	پیژندنه
۱۸	ویشه
۱۸	حاد گاسترایتس
۱۹	حاد اروسیف او هیموراژیک گاستروپاتی
۲۰	ستریس گاستروپاتی
۲۰	NSAIDs له کبله گاسترایتس
۲۱	الکولیک گاستروپاتی
۲۱	پورتل هایپرتنسیف گاستروپاتی
۲۱	تشخیص
۲۱	توبیری تشخیص
۲۲	دhad گاسترایتس مخنیوی
۲۲	درملنه
۲۳	دایچ پیلوری له کبله حاد گاسترایتس
۲۴	خنده‌نی اتروفیک گاسترایتس
۲۴	تاپ ای خنده‌نی اتروفیک گاسترایتس
۲۵	تاپ بی خنده‌نی اتروفیک گاسترایتس
۲۲	د گاسترایتس خانگری ډولونه
۲۲	انتانی گاسترایتس
۲۲	لمفوسایتیک گاسترایتس

۲۶	ازونوفیلیک گاسترایتس
۲۷	گرانولوماتوز گاسترایتس
	<b>پیپتیک السر (Peptic Ulcer)</b>
۲۸	پیشندنه
۲۸	اپیدیمولوژی
۲۹	دمعدی فزیالوژی
۳۱	دمعدی او اثناعشر و یجارونگی فکتورونه
۳۲	دمخاطی طبی دفاعی او دبیا رغونی سیستم
۳۳	لاملونه
۳۳	هیلیکوبکتریا پیلوری له کبله پیپتیک السر
۳۴	ایچ پیلوری او پیپتیک السر
۳۵	پیپتیک السر او نن ستروئید التهاب ضد درمل
	<b>داناعشر تپ (Duodenal ulcer)</b>
۳۸	کلینیکی بهه
۴۰	تشخیص
۴۱	توپیری تشخیص
	<b>دمعدی تپ (Gastric ulcer)</b>
۴۲	لاملونه او پتوجنیزس
۴۳	کلینیکی بهه
۴۴	درملنه
۴۹	اختلالات
۴۹	دمعدی او کولمو وینه بهیدنه (Gastrointestinal bleeding)

٥٧	دمعی دبهرنی فوحی بندبست (Gastric outlet obstruction)
٥٨	Zollinger Ellison's Syndrome(ZES)
٥٩	پتوفریالوژی
٢٠	تشخیص
٢١	توبیری تشخیص
٢١	درملنه
	<b>بدهضمی (Dyspepsia)</b>
٢٢	پیشندنه
٢٣	درد
٢٩	ن السر دیس پیپسیا
٧٠	دزره سوئیدنه
٧١	دخورونه زغمل
٧٢	دمعی او کولمو گازی سندروم (Gastro intestinal Gas Syndrome)
٧٤	تشخیص
٧٥	درملنه
	<b>Irritable Bowel Syndrome(IBS)</b>
٧٦	پیشندنه
٧٦	اپیدیمولوژی
٧٦	پتوفریالوژی
٧٧	کلینیکی بنه
٧٩	تشخیص
٨٠	توبیری تشخیص

## (Gastric Adeno Carcinoma) دمعدی ادینو کارسینوما

۸۳	اپیدیمولوزی
۸۳	لاملونه
۸۴	پتوجنیزس
۸۵	پتالوژی
۸۶	کلینیکی بهه
۸۷	تشخیص
۸۸	Stages
۹۱	دمعدی لمفوما
۹۱	تشخیص
۹۱	ستیژونه
۹۱	درملنه

## (Inflammatory Bowel Diseases) دکولمو التهابی ناروگی

۹۲	پیرشندنه
۹۲	اپیدیمولوزی
۹۲	لاملونه او پتوجنیزس

## (Ulcerative Colitis) السراتیف کولایتیس

۹۴	پیرشندنه
۹۴	پتالوژی
۹۵	کلینیکی بهه
۹۷	لبراتواری پلتینی

۹۷	اندوسکوپی
۹۷	رادیوگرافی
۹۸	توبیری تشخیص
۹۸	دالسراتیف کولایتس موضعی اختلالات
۹۹	دکولمو خخه دباندی اختلالات
۱۰۰	درملنه
۱۰۳	انزار
<b>کرون ناروگی (Crohn's Diseases)</b>	
۱۰۴	پتالوژی
۱۰۵	کلینیکی بنه
۱۰۶	تشخیص
۱۰۷	توبیری تشخیص
۱۰۷	درملنه
۱۱۰	انزار
<b>دھیگر حنہنی التهاب</b>	
۱۱۱	پیشندنه
۱۱۱	ویشه
۱۱۱	Chronic Persistent Hepatitis
۱۱۱	Chronic Lobular Hepatitis
۱۱۲	Chronic Active Hepatitis
۱۱۲	حنہنی واپرسی هیپاٹیتیس
۱۲۲	اتومیون هیپاٹیتیس

۱۲۵	د درملو له کبله د حیگر التهاب
	ژیپی
۱۲۸	پیشندنه
۱۲۸	پتوفریولوژی او ویشنہ
۱۲۹	دیلروبین میتابولیزم
۱۳۱	کیمیاوی تست
۱۳۲	ان کانجو گیتید هایپر بیلروبینیمیا
۱۳۴	کانجو گیتید هایپر بیلروبینیمیا
۱۳۵	دژیپی دناروغ سره چلنڈ
۱۳۶	دژیپی دلامل د تشخیص لاری چاری
	<b>د حیگر سیروزس (Liver Cirrhosis)</b>
۱۳۸	پیشندنه
۱۴۲	د حیگر الکولیک ناروغی
۱۴۷	د ویشنہ Child's Turcotte Pugh
۱۴۷	پوست نیکروتیک سیروزس
۱۴۸	صفراوی سیروزس
۱۴۸	لومرنی صفراوی سیروزس
۱۵۲	دویمی صفراوی سیروزس
۱۵۳	دزره سیروزس
۱۵۵	د حیگر دسیروزس لوی اختلالات
۱۵۴	پورتل هایپرتنسن
۱۵۵	واریسل وینہ بھیدنہ (Variceal Bleeding)

١٥٩	دتوري غتوالي
١٢٠	Ascites
١٢٣	دپريتوان خودسره بكتيرياي التهاب (Spontaneous Bacterial Peritonitis)
١٢٤	هيپاتورينل سندروم
١٢٥	دھيگر انسفالوپاتي
١٢٩	نوراختلات
١٧١	دھيگر بدلوں
١٧١	انزار

### **هيپاتوسيلولر کارسينوما (HCC)**

١٧٢	عموميات او اپيديمولوژي
١٧٢	لاملونه او پتوجنيزس
١٧٣	پتالوژي
١٧٣	کلينيكي خيره
١٧٤	تشخيص
١٧٥	درملنه
١٧٦	انزار

### **دصراوي كخوري حاد التهاب (Acute cholecystitis)**

١٧٧	اپيديمولوژي
١٧٧	پتوجنيزس
١٧٧	پتالوژي
١٧٨	کلينيكي بنہ
١٧٩	تشخيص

۱۸۰	توبیری تشخیص
۱۸۰	درملنه
۱۸۱	Acalculous cholecystitis
۱۸۱	لاملونه
۱۸۲	پتوجنیزس
۱۸۲	کلینیکی بنه
۱۸۲	تشخیص
۱۸۲	درملنه
۱۹۳	مخنیوی
۱۸۳	انزار
<b>دپانکراس ناروغی (Pancreatic Disease)</b>	
۱۸۴	عمومیات
۱۸۴	حاد پانکراتایتس
۱۸۴	پیژندنه
۱۸۴	اپیدیمولوژی
۱۸۴	ویشه
۱۸۵	لاملونه
۱۸۵	پتاژوژی
۱۸۶	کلینیکی بنه
۱۸۸	لبراتواری ازمونی
۱۸۹	رادیوگرافی
۱۹۰	تشخیص

۱۹۰	اختلالات
۱۹۱	درملنه
۱۹۳	انزار

### د پانکراس خندهٔ التهاب (Chronic Pancreatitis)

۱۹۴	پیشندنه
۱۹۴	اپیدیمولوژی
۱۹۴	لاملونه
۱۹۴	پتوفریالوژی
۱۹۵	پتالوژی
۱۹۵	کلینیکی بهه
۱۹۵	تشخیص
۱۹۷	اختلالات
۱۹۷	درملنه
۱۹۸	انزار

### د پانکراس کنسر (Cancer of the Pancrease)

۱۹۸	اپیدیمولوژی
۱۹۸	لاملونه
۱۹۸	پتالوژی
۱۹۹	کلینیکی بهه
۲۰۰	تشخیص
۲۰۰	د تومورونوستیرونه
۲۰۱	درملنه

۲۰۱ ..... اتزار

۲۰۲ ..... Malabsorbtion Syndrome

## دوهمه برخه

### دپنستورگو ناروغي

#### دبولي لارو انتانات The Urinary Tract infection

۲۱۰ ..... پيشنده

۲۱۰ ..... اپيديمولوژي

۲۱۰ ..... پتوجنيزس

۲۱۲ ..... دمثاني حاد التهاب

۲۱۴ ..... حاد پيالونفرايتس

۲۱۵ ..... خنديني پيالونفرايتس

۲۱۶ ..... د پروستات حاد بكتيرياي التهاب

۲۱۷ ..... د پروستات خنديني بكتيرياي التهاب

۲۱۸ ..... د پروستات غير بكتيرياي التهاب

۲۱۹ ..... حاد اپيديديمياتس

### د گلوميرول غوره ناروغي The Major Glumeropathies

۲۲۲ ..... حاد نفريتيك سندروم

۲۲۴ ..... پوست ستريپتوکوكل گلوميرولونفرايتس

۲۲۵ ..... Anti glomerular basement membrane glomerulonephritis

۲۲۷ ..... Rapidly progressive glomerulonephritis

۲۲۸ ..... نفروتيك سندروم

۲۳۷	Asymptomatic abnormalities of the urinary sediment
۲۴۰	حندنی گلومیرولونفرایتس
	دېپنتورگو حاده عدم کفايه (Acute Renal Failure)
۲۴۲	پېژندنه
۲۴۲	لاملونه او پتوفزیالوژي
۲۴۴	Intrinsic acute renal failure
۲۴۸	کلینيکي بنه
۲۴۹	تشخيص
۲۵۲	توبيرى تشخيص
۲۵۲	اختلالات
۲۵۴	درملنه
	دېپنتورگو حندنی عدم کفايه (Chronic renal Failur)
۲۵۹	پېژندنه
۲۵۹	لاملونه
۲۶۰	ديوريميما پتوفزیالوژي او بيوکيمستري
۲۶۰	کلینيکي بنه
۲۶۲	لابراتواري ازموني
۲۶۴	درملنه
۲۷۴	دياليزس
۲۷۵	هيماودياليزس
۲۷۶	پريتونيل دياлизس
۲۷۶	دېپنتورگو پيوندول

٢٧٧.....Interstitial Nephritis

٢٨٠.....ريفرنس

## دلوي او بخښونکي اللہ په نامه!

### سرلىكنه

دلوي، مەربان او سېيىخلىي خېتن تعالىي خەشە شکر ادا، كوم چې دھضمى جهاز او د پېنتورگو د ناروغىو تر سرلىك لاتىدى د درسى دكتاب تاليف توان يى راپە برخە كې. خرنگە چې ددى دواپو سىستمۇنۇ ناروغى زمونىپە هيوا د كې پەراخە توگە شتون لرى او زيات وگپى ددى ناروغىو له كبلە پە دوامدارە توگە رەنځيرى نو دھمى كبلە ددى ناروغىو پتالۋىزى، لاملونە، كلينىكى بىنه، درملەنە، مخنيوى او انزارو پىژىندە خورا اپىنه ده، دبلى خوا د تىڭىرەار د طب پوهنەئى دداخلى پە دىپارتمنت كى د خلورم تولگىي محصلينو تە ددى سىستمۇنۇ تدرىيس د لکچر نوبت او پولى كاپىي پە توگە تىرسە كېپىي او كوم تدرىسيي كتاب د محصلينو پە لاس كى شتون نە لرى نو دھمى ستۇنلى دھوارى پە پام كې نى يولو سره دداخلى دىپارتمنت لخوا دندە را كېل شوھ چې يو تدرىسيي كتاب د پوهندۇي علمي رتبى خەخە د پوهنۇالى علمي رتبى تە د لورىدو لپارە ولېكەم ددى كتاب پە لىكلو سره بە د محصلينو ستۇنلى هوارى او د بلى خوا بە د لکچر نوبت او پولى كاپىي خەخە مخنيوى وشى.

دكتاب مفردات د كريکولم سره سەم ترتىب او د طب پوهنەئى د علمى شوراي او د دكابىل دانسجام كميىتى لخوا تائيد شوى دى. دكتاب مىنچ پانگە پە روانە پېنتو لىكل شوي بايد ووايم چې د ناروغىو د بىنە پوهيدلۇ لپارە جدولونە او انخورونە پە مناسبو ئايىنۇ كې ئاي پر ئاي شوي دى. دكتاب منچ پانگە د باوري نېبۈلەتكىس كتابىنونو، اتىرنىت، د تىڭىرەار د طب پوهنەئى دداخلى خانگى د استادانو كتابو، رسالو او علمى اشارو پە تىرە بىا د پوهاند دوكتور محمد ظاهر ظفرزى د عملى اشارو خە لىكە دھضمى جهاز، ئىڭىر، صفراوي كخورى د پانقراص او د خىڭىر ناروغىو او د دكابىل طبى پوهنتون د معالجوي طب د داخلى خانگى د استادانو دكتابىنونو خە بدایە شوى ده.

ھمدارنگە د پوهاند دوكتور محمد ظاهر ظفرزى، پوهاند دوكتور عبدالواحد الكوزى او پوهاند دوكتور محمد طيب نشاط خە چې دكتاب پە ترتىبىلو كې راسره مرسىه كېرى منه كوم او پە پاي كې دابايد ووايم چى انسان د سھوئ او خطاء خە خالى نە دى نو كە گران لوستونكى دكتاب پە متن كى كومە انشايى او املائىي تىروتنە وگوري هغە دې پە ھېرە مىنە او اخلاقى سره مولف تە راپە گوتە كې تر خوپە بل چاپ كى د هغى د تكرار خەخە مخنيوى وشى.

## دمری التهابی ناروغی

### Inflammatory Esophageal Disease (Gastro Esophageal Reflux Disease)(GERD)

**پیژندنه:**

گاستروازوفاژیل ریفلوکس هغه حالت ته ویل کیری چې د معدې مینځ پانګه د مری خواته بيرته وګرځی (په نارمل حالت کې هم پیښېږي) او ګیلی نه وي. که اتنې ریفلوکس میکانیزمونه پاتې شي او د مری بسکتنی معاصره په پرله پسی توګه د معدې د منځ پانګې سره په تماس راشی او ناروغ ورڅه ګیله من وي نوبیا دا حالت د ګاسترو ازو فاژیل ریفلوکس ناروغی په نوم یادېږي. (۳۲)

**دریفلوکس ضد میخانیکتونه:** په درې چوله دي:

- ۱- د مری بسکتنی معصره: دا معاصره د مری خواته د معدې د مینځ پانګې د بيرته ګرځید و خخه مخنيسوی کوي.
- ۲- د مری هغه برخه چې په ګډه کې ده: د مری هغه برخه چې د حاجز د پردي خخه تیرېږي او ګډه کې ده ته دننه کیرې د دسام (Valve) په چول ده او د مری د بسکتنی معاصرې د تون په زیاتوالی کې مرسته کوي.
- ۳- د مری دویمي استداري حرکتونه: دا د مری په پاکولو کې مرسته کوي. (۳۸، ۳۶)

**اپیدیمولوژی:**

GERD د معدې او د کولمو یوه غوره ناروغی ده چې لېټر لېټ ۱۵ سلنډ رنځوران په اونۍ کې یو خل او ۷ سلنډ (په تیره اميدواړه بسخې) هره ورڅه د زړه سوی او ریګورجیتیشن خخه ګیله من وي. د GERD ۴۸-۷۹ سلنډ ناروغان ازو فاژیتیس لري چې د دې خخه ۳-۴ سلنډ ټولو خلکو کې او ۵ سلنډ په هغه ناروغانو کې چې عمرې ۵۵ کاله اویا د دې خخه پورته وي مینځته راخې په دواړو جنسونو کې نژدې یو برابر وي. (۴۱)

**پتوفزیولوژی:** لاندی فکتورونه د GERD په مینځته راتلو کې ونده لري.

#### ۱- دمری، د بنسکتنۍ، معاصرې ابنارملتی:

په نارمل چول دمری د بنسکتنۍ، معاصری ټون زیات وي چې دمری د تیرولو په وخت کې استرخاء کوي. هغه ناروغان چې په GERD اخته وي دمری د بنسکتنۍ، معاصرې ټون یې کمیبې او ریفلکوس هغه وخت مینځته راخې چې د ګیدې په دننه فشار لور شی. په هغو خلکو کې چې د معاصری ټون یې نارمل وي ریفلکس هغه وخت پیداکیرې چې د معاصری د استرخاء پیښیدل یې ډیر وی. (٣٨)

#### ۲- چوره

هیاتوس هیرنیا یوه اناتومیکه ناروغی ده چې پدې ناروغی کې د معده یوه برخه په ګوګل کې نتوزی که د معده یوه برخه د حاجز د پردې له لارې ګوګل ته نتوزی نو دسلائیدینګ هیرنیا او که د ګاستروازو فاژیل جنکشن دننه شی د پارا ازو فاژیل یا رولينګ هیرنیا پنوم یاد یږي.

چوره ۳۰ سلنې په هغه کسانو کې پیداکیرې چې عمر یې د ۵۰ کالوڅخه ډیر وی.

- زیاتره پیښو کې ګیلې نه وي.

- د زړه سو خیدل او ریگورجیتیشن هغه وخت پیداکیرې چې د چورې سره ریفلکس مل شي.

- کله کله لویه پارا ازو فاژیل چوره د معده د Volvulus (Strangulation) لامل کیرې چې ناروغتہ د تېټر سخت درد پیداکیرې او بیېرنې جراحی درمنې ته اړتیالري.

هیاتوس چوره ځکه د ریفلکس لامل کیرې چې د تېټر او ګیدې تر مینځ د توپیری فشار د مینځ ته راتلو لامل ګرځې او هم هغه زاویه چې د کارديا او مری تر مینځ ده له مینځه ئې. د ریفلکس ګیلې په هغه رنځورانو کې پیداکیرې چې د چورې سوری یې لوی وي. ځینو رنځورانو کې چوره وي خو ګیلې نه وي او ځینو کې چوره نه وي خو ګیلې وي.

خو په ډیرو ناروغانو کې چې ازوفارژیتس، باریت ازوفارگس یا پیپتیک تنګوالی مینځته راغلی وي هیاتوس چوره لري.

### ٣- د مری د پاکیدو څنډوالی:

په ازوفارژیتس کي د مری استداري حرکتو نه نیمگړي وي خو که د مری د پاکوالی دنده خرابه وي نو د مری مخاطي طبقة په پرله پسى ډول د اسید سره په تماسېږي.

٤- د معددي مینځ پانګه: د معددي تیزاب د مری د مخاطي طبقي د غوره مخرشاتو خخه دی.

### ٥- د معددي د تشیدو نیمگرتیا:

په GERD کي د معددي تشیدل څنډېږي چې لامل يې خرګند نه دی.

### ٦- د ګیډپی د تنه فشار لوړوالی:

امیدواري، چاغوالی، اسايټيس، زيات خورل د GERD برابرونکي فکتورونه دی دوزن بايللو سره ګیلې له منځه حې.

### ٧- د خورلو او چاپیریالي فکتورونه:

غور، چاکليت، سګرت، کافي، الکول، نايتریت، اتي کولي نرجیک، نايتریت، بیتاادرینرجیک، امینوفیلين، کلسیم کانال بلاکر او سیلہینافیل د مری د بنکتنی، معصرې د استرخاء لامل کېږي. همدرانګه خینې نور فکتورونه لکه زیاتې کانګې، نازوګاستهريک تیوب، اسکلیرودرما، د ډودی خورلو خخه وروسته ژر څملاستل د GERD لامل کېږي. (٣٧)

### کلینيکي بهه:

١- دزره سوزش: دزره سوچیدل د GERD ځانګړې کلینيکي ګيله ده چې د ډودی خورلو خخه ۲۰-۳۰ دقیقې وروسته پیداکېږي. د ټوګيدو، زور و هللو او څملاستل سره زیاتېږي. د اتي اسید، سودا خورل او کښیناستل سره غلي کېږي. درد د مری د لیری عضلاتو د سپزم له کبله وي چې غاري، ژامو، متیو او شاه خواته خپرېږي. د ګیلو او ازاوفارژیتس تر مینځ اړیکې نیمگړي وي یانې کله ګیلې شدیدې وي او افت لې وي او په سرچپه ډول

کله گیلې لبې او افت شدید وي خو په ناروغ کې وينه لرونکی کانګې او داوسپنې د کموالي وينه لبې د ځنډنې وینې بهیدنې له کبله منئته رائي. (٣٢، ٣٨)

## ۲- ریگورجتیشن (Ragurgitation):

هغه حالت ته وايې چې د معدې تیزاب او خواره خولې ته راشی په تیره کله چې ناروغ ستونی ستاغ پریوئي یا ټوغ شي او که چیری توکي هوایي لارو او سپو ته دتنه شي نو د اسپریشن نمونیا او نکچورنل استما لامل کېږي.

۳- واټربرش: د لارو زیاتوالی ته وايې او هغه وخت پیداکېږي چې تیزاب مری ته دتنه شي او په عکسوی ډول د لارو غدوات وپاروی. (٣٨)

## ۴- ډیس فاژیا (Dyspgagia):

ډیسفاژیا یو پر درې رنځورانو کې وي چې ایروسیف ازو فاژیتس، دمری د استداری حرکتونه د خرابوالی اویا دمری د تنګوالی له کبله مینئته رائي. د GERD غیر وصفی گیلې عبارت دي له استماء، ځنډنې ټوخي، د لرنکس التهاب، دستونی درد او دزره د غیر وصفی دردونو څخه. (٣٧)

## توبېري تشخیص:

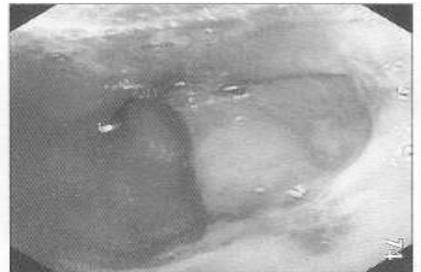
GERD دلاندې ناروغیو څخه توبېري.

- ۱- دمری حرکي ناروغی.
- ۲- پیپتیک ټپونه.
- ۳- انجینا پیکتورس.
- ۴- وظیفوی دس پیپسیا.
- ۵- د درملو له کبله دمری التهاب.
- ۶- د وړانګو له کبله دمری التهاب.
- ۷- اتناي ناروغی (سايتومیکالو وايرس، هرپس، کندیدا) (٣٧)

## اختلاطات:

- ۱- دمری التهاب:

ازوفاژایتس دشدت لە پلوه دخفیف خخه تر شدید حالت ، وينه وركوونکو تیپونو او تنگوالي پوري پرمختگ کوي. د گيلو، هستولوزيکو او اندوسكوبىکو نبسو تر مينخ يې اريکي كمي دى خو كيداي شي چې په GERD کې اندوسكوبى او هستولوزي نارمل وي.<sup>(٣٨)</sup>



١-١) شكل کي ازوفاژایتس بىودل شويدى<sup>(٢٧)</sup>

## ٢- باريته ايزوفاگس (Barrett Esophagus)

دايپري ملگننت ناروغى دى چې د ھنډاني ريفلوكس لە كبله دمرى سکواموز اپي تيليوم په کلومnar اپي تيليوم ميتاپلازيا کوي.

د ھنډاني ريفلوكس ١٠ سلنە رنځورانو کې مينخته راخي دمرى د ادينو کارسينوما لپاره برابرونکي فكتور دى. که چيرې په اندوسكوبى کې د معدې خخه پورته او د مرى په ليرى بنسكتنى برخه کې د معدې اپي تيليوم ته ورته د ژبي يا گوتې په شان جورښت وليدل شي په باريته ازوفاگس باندي گمان کېږي چې تشخيص يې د بايوپسي په واسطه تر سره کېږي په باريته ازوفاگس کې د ريفلوكس لە گيلو (زړه سوئيدل او رېگورجتىشن، خخه پورته نورې گيلې نه وي. کله کله دسفاشيا د مرى د حرکي ناروغيو له کبله وي.

په يو پردرې رنځورانو کې د تيزابو په وړاندې باريته اپي تيليوم د حساسيت د کمولاي له امله گيلې کمي اويا نه وي. ٩٠ سلنە خخه زيات ناروغان د درملنې لپاره نه ګرځي. د باريته ازوفاگس اختلالات عبارت دي له : دمرى د تنگوالي، زخمونو، وينې بهيدلو، ادينو کارسينوما او د معدې د کارديا د برخې د تومورو خخه. د باريته

ازوفاګس ناروغان د اوږدي مودي لپاره د پروتون پمپ نهی کونکو درملو سره درملنه کېږي.

جراحي درملنه يې فنډولیکیشن دی. داندوسكوبی دلاري باریت اپي تیلیوم د فوتودای نامیک تراپی پرمت له مینځه خي چې یوازې هغه ناروغانو کې کارول کېږي چې اختلاطات يې ورکړي وي.

هر هغه ناروغ کې چې د ریفلوکس ګیلې يې د پنځو کالو خخه دیر پایښت وموسي باید د باریت ازوفاګس د مینځته راتګ لپاره اندوسكوبی شي او باریت ازوفاګس په هر درې کالو کې د دسپلازیا یا ادینو کارسینوما لپاره وکتل شي. (۳۸)

### ٣- دمری سليم تنګوالی:

دمری فبروزي تنګوالی په ۱۰ سلنډ پیښو کې د اوږدي مودي ازوفاژاټس په پايله کې مینځته راخې. په هغه ناروغانو کې پیداکېږي چې عمر يې د ۲۰ کلنۍ خخه پورته او دمری استداري حرکتونه يې کمزوري وي. ناروغان متناویه دس فاژيا لري او د ګلکو خورو په وړاندې د زړه سوئيدو تاریخچه شته وي خو کله چې مری تنګه شي دزړه سوئيدل ورک کېږي ټکه چې د تیزابو د ریفلوکس په وړاندې خنډ پیداکېږي.

دمری تنګوالی د اندوسكوبی پرمت پیژندل کېږي او د خبیشه افتو خخه يې توپير دبایوپسی پرمت کېږي. ستريکچر د پراخونکي بالون پواسطه پراخيري او دبیا د مینځ ته راتګ د مخنيوي لپاره پروتون پمپ بلاکر ورکول کېږي. (۳۸)

### ٤- انيما

که چيرې د ازوفاژاټس موده اوږده شي نو د خنډنې، وينې بهيدنې له امله د اوسيپني د کموالي وينه لږي، لامل کېږي. (۳۸)

### ٥- دمعدی وال ولوس (Gastric Valvolus)

کله کله دسینې دته لویه هیاتوس چوره په خپله په اړخیز محور باندې تاوویږي او ګاستريک وال ولوس لامل کېږي چې دادمری یامعدې دپوره بندښت لامل کېږي چې په دې صورت کې ناروغ د کانګو، دسینې د شدید درد اوډس فاژيا خخه ګیله لري

چې تشخیص بې د سینی د رادیوگرافی (په سینه کې هوایی پوکانی وي) او دباریوم د تیرولو پر مت تر سره کېږي. ټیری ناروغان په خپله بنه کېږي خو جراحی درملنه دبیرته گرځیدو خخه مخنيوی کوي. (۳۸)

پلتني:

خوان ناروغان چې د زړه دسوچيدلو او دریګورجتیشن ځانګړې ګیلې ولري خو شدیدې ګیلې لکه ډسفاژيا، وزن بايلل او انیمیا ورسره نه وي د پلتنيو خخه پرته درملنه کېږي. او که چیرې ناروغ د منځني عمر خاوند او یا زور وي ګیلې بې وصفې نه وي اویا د اختلاطاو ګمان شته وي نولابراتواري پلتنيو ترسره کېږي.

اندوسكوبې یې تاکلی ازمونه د چې ددې پرمت دمعدي معایي دپورتنۍ برخې د ناروغیو سره توپیری تشخیص ترسره کېږي او اختلاطات یې پیشندل کېږي.

که داندوسكوبې سره تشخیص خرګند نه شو اویا جراحی درملنې ته اړتیا وي نود مری ۲۴ ساعته پې، ایچ اندازه کېږي پدې کونه کې د پې، ایچ د خرګندولو لپاره یو تیوب مری ته دته او دمری او معده د یوځای کیدو د برخې خخه پورته برخه کې اینسودل کېږي. دمری پې، ایچ او د درد یرغلونه ثبتیږي. که چیرې د خیرنې دوخت خخه (چې ناروغ تر خیرنې لاندې دی) د ۷-۷ فیصدو خخه زیاته موده کې د مری پې، ایچ د ۴ خخه کم وي نود ریفلوکس بنودنه کوي.

ایزوجاجیل مانومتری په لاندې حالتو کې بايد ترسره شي:

۱- د پې ایچ پرور دنه کولو خخه مخکې دمری د معاصری دحای خرګندولو لپاره.

۲- په هغه ناروغانو کې چې داتتی ریفلوکس جراحی کرنې ته یې اړتیا وي. (۳۸)

درملنه:

د درملنې موخه د ګیلو کمول، د ګریدلې ازو فالزیتس رغول او د اختلاط د مینځته راتګ خخه مخنيوی دی. (۳۷، ۳۸)

لې ګیلې لرونکې ناروغان په لاندې توګه درملنې کېږي.

۱- د ژوند د بنې بدلوں : (Life Style Modification)

ناروغ باید درې ساعته وروسته د چوچى خورۇ خخە ئەملە دخوب پە وخت كې يې سر د ۲ انچو پە اندازە پورتە وي، پە گىدىپە باندى فشارونە لرې شي.

رومیان، سېبریوس میوپى، مسالە لرونكىي خوارە، كافى، غور، چاكلیت، مرج، اتىي كولى نىزىك درمل او كلسىم كانال بلاکر درمل ونه خورى، د چوچى د خورلۇ پە وخت كې زياتىپە او بە ونه خبىي، سگرىت او الکول كارول پېرىپەي، وزن باید كم شى، د چوچى خورلۇ خخە وروسته تۈغ نە شي، لەپە چوچى خورلۇ شى.

۲- درملیزە درملنە: اتىي اسىدونە، الجينات اتىي اسىدونە (گاويسكان)، اىچ دوه رسپتور اتاگونىست لە رانيتىدىن Cimetidine ۲۰۰ ملى گرامە، او نيزاتىدىن Nizatidine ۷۵ ملى گرامە، يا فوماتىدىن Fomatidine ۱۰ ملى گرامە خخە دورئىپە يوخل كارول كىېرى.

د منئىنى گىلو لرونكىو ناروغانو لپارە (گىلىپە هەرە ورە يە پە اونى كې خو ئەلە پېداكىېرى) اىچ دوه رسپتور اتاگونىست (سمىتىدىن ۴۰۰-۸۰۰ ملى گرامە رانيتىدىن او نيزاتىدىن ۱۵ ملى گرامە يا فوماتىدىن ۲۰ ملى گرامە دورئىپە دوه ئەلە، ورکول كىېرى.

كە د اىچ دوه رسپتور اتاگونىست سره د ۱۲ اوپىيپە مودە كې بىسە والى پىدانە شونو پە رابپرازاول Rabeprazole ۲۰ ملى (proton pump inhibitor PPi) اوپىيپە لانسپرازاول Lansoprazole ۳۰ ملى اوپىيپە إسومپرازاول Esomeprazole ۴۰ ملى گرامە دورئىپە يوخل ۱۲-۸ اوپىيپە لپارە ورکول كىېرى وروستە لدې خخە درول كىېرى.

PPi دورئىپە يوخل كې ۸۹% او دورئىپە دوه خلۇ كې ۹۵% اغيىزمن دى.

۸۰ سلنە ناروغانو كې د پىي، پىي، اي د درولو سره ديو كال پە مودە كې پە تىرە اولودرى مياشتىو كې گىلىپە بىرته راڭرخى چىپە دې صورت كې د اوپىيپە مودە پورىپە درملنە كىېرى.

ھە ناروغان چىپە شدید ازوۋاڙايتىس، بارىتە ازوۋاڭس ياخىپتىك سترىكچە لرىي تر ھە پورىپىي، پىي، اي ياخىچە رسپتور اتاگونىست ورکول كىېرى تر خوچى گىلىپە ورکى شى.

۲۰ سلنە ناروغانو کې د گیلۇ دغلى كولو لپاره پى، پى، اى پە لورە اندازە (دوھ يا درې وارې) ورکولې شو. دمرى، خخە دباندى د ریفلوکس د گیلۇ د ارامولو لپاره پى، پى، اى دورخى دوھ ئىله د ۳-۲ میاشتو لپاره کارول كىپرى.

۲۰-۱۰ سلنە ناروغان د ورخى يوخل او ۵% دورخى دوھ ئىلۇ پى، پى، اى سره ئواب نه وايى نو دا ناروغان باید د زولنجر ایلیسین سندروم، د درملو له كبلە دمرى التهاب د درمل پە ورلاندى د زغم نه شتون او د پى، پى، اى پە ورلاندى د تېينگار لپاره ولتول شى. همدارنگە د همىدى ناروغانو دمرى پى، اىچ كتل كىپرى چى ايا گىلىپ د اسىد ریفلوکس پورى اپە لرى او كە نه.

كە دمرى پى، اىچ نارمل وي نو بىا د تىيت دوز تراى سايكلېك اتىي دىپريسانت (ايپيرامين يانزترىپتالىن ۲۰ ملى گرام) دخوب پە وخت كې ورکول كىپرى. (۳۷، ۳۸)

### جراحى درملنە:

اتىي ریفلوکس جراحى درملنە پە لاندى حالتو كې تر سره كىپرى.

۱- كە چىرى طبى درملنە اغيىزمنە نه وي.

۲- هغە ناروغان چى پروتون پمپ نهنى كۈونكى درمل د اوپىدى مودى لپاره نه خوبىسى.

۳- پە هغە حالتو كې چى رىگورجتىشىن د ناروغانوغورە گىلە وي. (۳۸)

## دمرى اتنانى التهاب (Infectious Esophagitis)

اتنانى ازوفارژىتس زياترە پە معافىت ئىپلۇ ناروغانو (لکە ايدز، لوکيمىا، دكلىك غرو ترانس پلاتتىشىن، معافىت ئىپونكى درمل اخىستونكى) كې مىنخىته رائى غورە لاملونە بې عبارت دى لە كندىدا البيكان، هىرپس سىمپلکس او سايتومىگالو وايرس خخە. همدارنگە كندىدا البيكان پە ناكنترول شوي دىابىتس، د سىستىميك كورتىكوستروئيد، اتىي بىوتىكى، او د ورلانگۇ د درملنى لاندى ناروغانو كې مىنخىته رائى. هىرپس سىمپلکس پە روغو كسانو كې هم مىنخىته راتلاي شي. (۳۷)

### كلىنيكىي بنە:

داتنانى ازوفارژىتس گىلىپ عبارت دى لە ۋەسفازىيا، او ۋەنوفازىيا او د ټەر دھەوكى لاندى درد خخە.

د کندیدا الیکان ھیری ناروغان گیلپی نه لري. تپونه په کندیدا الیکان کې ۷۵ سلنہ او په وايرولي ازوفارژیتس کې ۲۵-۵۰ سلنہ وي. په سایتمومیگالو انتان کې په ازوفارژیتس سربيره بنائي دبدن په نورو برحولکه رتینا او کولون کې هم پتالوژي وي.

دھیرپس سمپلکس ازوفارژیتس سره کله کله د شوندو تپونه (Herpes labialis) هم مل وي. (۳۷)

### لامبراتواری پلتني:

داناروغی د پوره تشخيص لپاره اندوسكوبی سره بايوپسي او برش (دمایکرو پیالوزیک او هستولوزیک کتنو لپاره) تر سره کيږي. د کندیدا الیکان ازوفارژیتس په اندوسكوبیکو کتنو کې په مری، کې خواره خطی، سپین، ژړ پرنګه پلاکونه چې د مخاطی پردې پوري نبشي وي ليدل کيږي.

په سایتمومیگالو وايرس کې دیو خخه تر خودانو پوري لوی سطحي تپونه ليدل کيږي.

په هيرپس ازوفارژیتس کې بى شميره کوچني ژور تپونه وي.

### درملنه

#### الف: کاندیدا الیکان له کبله دمری التهاب

- ۱- اورو فرنجیل کاندیازس لپاره Clotrimazole ترشونه ۱۰۰ ملي گرامه دورئې پنځه خله په خوله کې کارول کيږي، یا نستاتین سسپنشن ۵۰۰۰۰۰ یوتیه دورئې پنځه خله.
- ۲- دمری کندیدیازس لپاره پراخه اغیزه لرونکی انتی فنکل لکه فلوکونازول ۱۰۰ ملي گرامه دخولي دلاري دورئې یوخل ۱۴-۱۲ ورخو لپاره کارول کيږي.

که چيري ۱۴-۷ ورخو په موده کې درملنه ناکامه شوه نو اندوسكوبی د برشنګ، بايوپسي او کرني سره تر سره کيږي تر خو کوم بل انتان (سایتمومیگالو وايرس یا هيرپس وايرس) نه وي.

(۳۷)

د فلوکونازول دناکامې په صورت کې د Itraconazole سسپنشن د ورئې ۲۰۰ ملي گرامه یا واري کونازول ۲۰۰ ملي گرامه دورئې دوه خله کارول کيږي. که چيري د دوى سره هم تینګار رامینځته شي نو بیا درګ د لاري Caspofungine دورئې ۵۰ ملي گرامه یا امفوتیراسین بې دورئې ۳-۷،.. ملي گرامه نظر په کيلو گرام وزن دبدن کارول کيږي. (۳۷)

ب: د سایتو میگالو وایرس له كبله دمری التهاب:

Ganciclovir ۵ ملي گرامه په کیلو گرام وزن دبدن د ورید دلاري هر دولس ساعته وروسته د ۲-۳ اوئیو لپاره ورکول کیبی تروپینیا ای ارخیزی اغیزی دی.

کله چي گیلی ورکی شوی دخولي دلاري Valgoanciclovir ورپسی ورکول کیبی چي ۹۰۰ ملي گرام دورخى يوخل کارول کیبی. (۳۷)

که چیری ناروغ بنه نه شو اويا گن سایكلوویر يې زغملاي نه شو نو Foscarnet ۹۰ ملي گرامه په کیلو گرام وزن دبدن درگ دلاري هر دولس ساعته وروسته د ۲-۳ اوئیو لپاره ورکول کیبی.

ناروغ ارخیزی اغیزی يې دپستورگو بې وسى، هایپوكلسیمیا او هایپومگنیزیما دی.

ج: هربس سمپلیکس وایرس له كبله دمری التهاب:

معافیت لرونکی ناروغان په گیله ایزه توگه درملنه کیبی د وایرس مخه نیوونکی درمل ته ارتیا نشته. معافیت ئچلو ناروغانو ته اسایکلوویر ۴۰۰ ملي گرامه دخولي دلاري دورخى پنخه خله يا ۲۵۰ ملي گرامه پر متر مربع درگ دلاري هر ۱۲-۸ ساعته وروسته د ۱۰-۷ ورخو لپاره ورکول کیبی. (۳۷)

Famciclovir ۲۵۰ ملي گرامه دورخى دري خله او Valaciclovir يو گرام دورخى دوه خله ورکول کیبی خود Aciclovir په پرتله گران دی.

که چیرې درملنه ناکامه شوه فوس کارنیتی ۴۰ ملي گرامه په هر کیلو گرام وزن دبدن درگ دلاري هر اته ساعته وروسته د ۲۱ ورخو لپاره ورکول کیبی. (۳۷)

انزار:

چیرى اتنايى ازوفاژیتس داغیزمنى درملنى سره بشپړ بنه کیبی که دبدن تینگار بسکته وي بنایي چي ناروغى بيرته راوگرخى. (۳۷)

د درملو له كبله دمری التهاب (Drug induced Esophagitis):

يو شمير درمل دمری د مخاطي طبقي سره دنبغ په نیغه د پرله پسى تماس له امله مرى خرابوي چي غوره يې عبارت دي له: نن ستروئيد د التهاب ضد درمل ، پوتاشیم کلورايد، کنیدین، زيل سیتابین، او سپنه، ویتامین سی، تراسکلین، دوكسي سایكلين، او

کلیندامايسين خخه. افت هغه وخت مينحئته راخي كله چې درمل په ملاستې اويا بې له اوبو خخه و خورپل شي. (۳۷)

په بستر باندي پراته ناروغان ھير تر خطر لاندى دي. گيلې بې عبارت د ي د سيني د ھەوکي لاندى درد، او دينوفازيا او دسفازيا خخه چې د گولى خورپل خخه خو ساعته وروسته پيداکيربي. گيلې ناخاپه شروع کيربي چې تر خو ورخۇپوري دوا مومي. په ھينو ناروغانو كې لكه زاره کسان درد لبوي خود دس فازيا خخه گيله من وي.

كە چيرې اندوسكوبى ترسره شي په مرى كې يو يا خو خواره سريبرن يا ژور تپونه ليدل كيربي. په ھنلەني او شديد ازوفاژيتس كې د تنگوالى، وينى بهيدنى او سورى كيدو خطر شته. رغيدل ژر تر ژرە د درمل د درولو سره پيداکيربي. دافت دمخنوي لپاره درمل بايد داوبو سره و خورپل شي او وروسته دخورپل خخه ۳۰ دقيقى كىنسى.

خطري درمل بايد دمرى، په حرکي تشوشاتو، تنگوالى او دسفازيا كې ورنکرپل شي. (۲۶)

### دسوزونكوتوكوله كبله دمرى التهاب (Caustic Esophageal Injury)

دمرى كازتيك ناروغىي بې ناخاپي توگه (په ماشومانو كې) يا په قصدي چول د ھان ورژنې خخه، دمايغاتو (اسيدونه، كرستالين، قلويات) دخورپل خخه پيداکيربي. دخورپل خخه بې سم دلنه ناروغ ته د زره شدیده سوزش، دسيني درد، دسفازيا، اتكى و هل پيداکيربي او د اسپريشن خخه بې سترايبلور او ويزينگ مينحئته راخي. (۳۷)

اختلالات بې عبارت دي له: دمرى د سورى كيدلو، دمنصف التهاب يا پريتونىتس، د وينه بهيدنى، تنگوالى او ازوفاژيل تراخيل فستولا خخه. اندوسكوبى دمرى د سورى كيدو لامل كيربي بنه ازمونىنه بې د بارىوم تيرول دى. درملنه بې ساتونكى ده درگ دلاري مایعات، انانجزيك او خوارپه، نازوگاستريک لواز او دخولي دلاري دميکروب ضد درمل يا اتى دوت نه وركول كيربي. دخولي دلاري خورپل ۲-۳ و ذرخى وروسته پيليرپي پدې شرط چې ناروغ بې وزغمالى شي. (۳۷)

## (Achalasia)

**پیژندنه:**

دمري دنبوي عضلات تو حرکي ناروغری ده چې د مرۍ بنسكتني معاصره د مرۍ، تيرولو په وخت کې استرخا نه کوي او مرۍ استداري حرکتونه نه لري چې په پايله کې مرۍ پراخيږي. (۳۷، ۳۸)

داناروغری لامل بنسکاره نه ده په هر عمر کې مينځ ته راتلای شي خو په ماشومانو کې ډيره لږه ده.

د ئندونې چګس (امریکا يې تریپانوزومیازسیس) ناروغری د اکلیزیا په شان کلینیکي خرگندونې لري. (۳۷، ۳۸)

**پتوفزیالوژي:**

دمري د دیوال په واګس عصب کې استحالوي بدلوښونه منځته راخي او د مای اینټریک عصبي بندل گانګلیونیک ژونکې کمېږي. (۳۶)  
نن ادرینرجیک او نن کولینرجیک عصب نظر کولي نزیک عصب ته لړ اخته کېږي  
چې په پايله کې د مرۍ بنسكتني معصره د تریک اسيد په نه شتون کې استرخاء نه کوي.

په څینې رنځورانو کې د مای اینټریک بندل د سطحي ژونکو د ډوپامین انتقالوونکی پروتین په وړاندې اتنې بادې وي. (۳۶)

**کلینیکي بهه:**

دايوه غیرمعمول ناروغری دی چې ۱:۱۰۰۰۰ پری اخته کېږي. بنسټیزې ګیلې یې عبارت دي له ډسفارزیا، دسینې درد او ریکورجتیشن خخه. نیمايې ناروغانو کې د تېبر د هېوکې لاندې درد وي چې دخورو دخورلواو د تمرین سره تراو نه لري څو ساعته دوام مومي چې په خوانانو کې زيات وي چې د ویکورس اکلازیا په نوم یادېږي.

ریگورجتیشن او دسپرو اسپریشن ھم پیبنیدای شي ھكە چې په مرى کې زیاتە اندازه لیارى او نا هضم شوي خوارە ساتل کېرىي. که په ریفلوكس ازوفارژیتس کې دزره سوھيدل ورک شي او دسفازيا پیداشي مانا داده چى ازوفارژیتس په اکلیشيا بدل شويده. يانې په اکلیشيا کې دزره سوھيدل نه وي ھكە چې په مرى کې پاتې شوي او بە او خوارە دمعدى دتیزابو د بیرته گرھيدو خخە مخنيوى کوي.

داناروغى تگ لارە ئىندى ده دسفازيا او وزن کمیدل په میاشتو او کلنو کې مینع تە راخى.

کە دكارسينوما سره يوئى وي ناروغى بە دير وزن بايللى وي. په دوديز چول دسکواموز کارسينوما لپارە زمينه برابر وي. (٢٢، ٣٢، ٣٧، ٣٨)

#### تشخيص:

- ١- دسييني راديوجرافى: دسييني په راديوجرافى کې په معده کى دھوا خيال نه ليدل، دابهر تر خنگ يو تيوبولر منصفي كتلە ليدل کېرىي او منصف پراخە بىكارى دولارې په حالت کې په منصف کې داوبو او هوا خيال ليدل کېرىي.
  - ٢- دباريوم دتيرولو په كتنە کى مرى پراخە او په پرمخ تللە حالت کى مرى سگموئيدى (Swan neck deformity) بىكارى.
  - ٣- په فلوروسکوپى کې د مرى په بىكتنى دوه پر دريمە برخە کې نورمال استدارى خوئىبىتونه لە مينخە تللە وي. لومۇرى برخە يې دمرغانو د مېنۈكى په شان تىنگە شوي وې چې د مرى د بىكتنى معاصرى استرخاء راپە گوتە کوي.
  - ٤- په مانوميترى کې لاندى بىلۇنونە بىكارى.
- د مرى د بىكتنى معاصرى فشار نورمال يا لور شوي وي.
  - د مرى تيرولو په وخت کې يامعاصرە استرخاء نه کوي او يام درجه او دوايم يې کم شوي وي.
  - د مرى فشار پورتە وي.

- کە دەرى تىرولۇ پە وخت کې داستدارى موجو شدت او دواڭ لېرى د کلاسيك اکليشيا او كە چىرىشى د دەرى شىدەي وي د ويگوروس اکليشيا پۇنوم يادىپىي.
- ٥- داندوسکوبىي پرمىت اکليشيا د دوھە لاملىكە سرطان خخە توپىر كېپىي.
- ٦- كولي سىستوکايىنин پە نورمال چۈل دەمعا صرىپشار بىكتە كوي خۇ پە سرچپە چۈل دەرى دېنىكتىنى معاصرى د تقلص لاملىكېپىي.
- ٧- سى تىي سكن: دەرى د مخاط دىننە كارسىنوما د خەرگىندولو لپارە ترسىرە كېپىي. (٢٢، ٣٧)

درملنە:

- ١- نىزم خوارپە، سيداتيف او كولي نيرزىك درمل ناروغى تەداپ نەوركوي.
- ٢- نايتريت او كلسىيم كانال بلاکر د لەندي مودى لپارە گېپور دى خۇ داپخىزىو گىلو لە املە يې كارول كم شوي.
- ٣- نايتروگلسرىن ٣، - ٢، .. ملى گرامە دېبى لەندى دەۋەدى خۇرپۇ خخە مەنكىي اينسۇدل كېپىي. (٢٢)

ازوسوربىد داي نايتريت ٥-٢، ٥ ملى گرامە دېبى لەندى يا ١٠-٢٠ ملى گرامە دخولى دلارى د دەۋەدى خۇرپۇ خخە مەنكىي ورکول كېپىي. نايتريت د سرددىي او د وضعىتىي فشارد بىكتە والى لاملىكېپىي. (٢٢)

كلسىيم كانال بلاکر لە ئىفیدىيەن ٢٠-١٠ ملى گرامە دخولى يا ژېبى لەندى مەنكىي لە دەۋەدى خۇرپۇ خخە ورکول كېپىي. (٢٢)

داندوسکوبىي تە لاربسوونى لەندى د بچولىن توکسین دەرى دعاصرى پە دىننە كې زرقىپىي. دلەندى مودى لپارە پە ئىنۇ رەنخورانو كى اغىزىمن دى دوامدار زرقۇل يې د فيبروزس لاملىكېپىي چې جراحى درملنە ستۇرتۇمنىي. د بچولىن توکسین پە دعاصرە كې دكولي نيرزىك پارونكىي عصب فعالىت بندوىي. (٢٢)

د بالون پواسطه پراخوالى وركول د عضلى رىبىو د خىرى كولو لە املە دمرى، د بىكتىنى، معاصرى فشار بىكتە كوي. كە دېسە پوه ڈاكتر لخوا نومورى تەخىك تر سره شى تىزدى ٨٥ سىلنه گتىوردى. سورى كىدل او وينە بهىدەن ددى كېنى اختلاطدى. جراحى مايىتومىي چې د هيلوس مانورى يا لپراسكوبىي كېنى پرمىت تر سره كىبىي ھم بىھ كېن لارە دە خود ريفلوكس ازو فاشيتس لامىل كىبىي (٢٦)

## گاسترایتس او گاستروپاتی (Gastritis and Gastropathy)

پیشندنه:

گاسترایتس هغه حالت ته ویل کیبی چې د معده په اپي تیلیوم کې د هستولوژي له نظره د التهاب نښې شتون ولري او گاستروپاتي هغه حالت دی چې د معده اپي تیلیوم يا اندوتیلیوم د کیمیا وي تپونو یا در ګونو د ناروغيو له کبله وي جاره شوي وي. (۳۷)

ویشه:

الف: حاد گاسترایتس (Acute Gastritis)

- ۱- بیرونی ایچ پیلوری اتان ، Phlegmoneous ، Helicobacter Helmani ، مایکوبکتریال، سفلیس، وایرل، پرازیتیک او فنگسی.
- ۲- نوراتنانات لکه بکتریا ،

ب: ځنډنی اتروفیک گاسترایتس:

۱- Type A Autoimmune body predominant

۲- Type B H.Pylori related antral predominant

ج: د گاسترایتس غیر معمول ډولونه:

- ۱- لمفوسايتیک.
- ۲- ازو نوفیلیک.
- ۳- کرون ناروغری
- ۴- سارکوئیدوزن.
- ۵- ګرانولوماتوز. (۳۷)

حاد گاسترایتس : (Acute Gastritis)

حاد گاسترایتس د معده د مخاطی طبقي یو حاد التهابي حالت دی چې ډیری اروسيف يا هیموراژیک وي. په سریرن اپي تیلیوم کې خرگندې ژونکې یې ستروفیل وي. (۳۸)

لاملونه :

- ۱- اسپرین يا غیر ستروئید التهاب ضد درمل
  - ۲- ایچ پیلوری
  - ۳- الكول
  - ۴- درمل (داوسپنی لرونکی درملونه)
  - ۵- شدید دنده ایز فشارونه لکه سوئیدل، دخو غرو بی وسی، دمرکزی اعصابو تروما.
  - ۶- دصفرا ریفلوکس (دمعدی جراحی کرنو خخه وروسته)
  - ۷- واپرسی انتانات لکه سایتمیگالووایرس، هیرپس سمپلکس، ایدز. (۳۷)
- حاد گاسترایتس خانگپی گیلې نه لري خوبنایي ناروغ د ډیس پیپسیا، زړه بدوالی، کانګو، بې اشتھایي، وينه لرونکو کانګو یا میلانا خخه گیله من وي ډیری پیښې بې ډیر ژرې بنې کېږي او پلتني ته ارتیا نه پیدا کېږي خواندوسکوبې او بايوپسی باید د پیپتیک السر او کنسرد ردولو لپاره ترسره شي. (۳۷)
- درملنه بې لاملي ده. د لنډې مودې لپاره گیله ایزه درملنه بې د اتنی اسید، پروتون پمپ نهی کوونکو درمل یادکانګو ضد درملو (میتاکلوپرامايد) ترسره کېږي. (۳۷)
- حاداروسیف او هیموراژیک گاستروپاتی (Acute Erosive and Hemorrhagic Gastritis)**

لاملونه :

- داروسیف گاسترایتس معمول لاملونه عبارت دی له: نن ستروئید التهاب ضد درمل، الكول، د داخله او جراحی شدیده ناروغی، ستریس، پورتل هاپرتنشن خخه. نادودیز لاملونه بې د مخرشو توکو خورې او وړانګی دی. (۳۷)

کلینیکي بنې:

- اروسیف گاسترایتس ډیری بې ګیلو وي ګیلو بې عبارت دی له زړه بدوالی، بې اشتھایي، اپی گاستریک درد، کانګو، وینه لرونکو کانګو Hematemesis یا او تور قیرنګه ډکو متیازو (Melana) خخه. (۳۷) Caffee ground emesis

خرنگه چې اروسیف گاسترایتس سربیرنه ناروغری د نوئکه هیموداينامیک ستونتزي په کې لږي وي.

اروسیف گاسترایتس کومې خانګړې لبراتواری نښې نه لري خوکه چیرې وينه بهیدنه په کې وي نو هیماتوکریت به بسکته او د اوسبینې د لبروالی د وينه لږي نښې به په ناروغر کې ولیدل شي. (۳۷)

بنه تشخيص يې د اندوسكوبې پرمت کېږي چې نښې بې عبارت دي له اې تیليل هیموراژ، پتي خیا او اروژن خخه د غه اندوسكوبیک نښې د ګیری سربیرنې وي چې په شمیر او کچه کېې توپیر وي. فوکل یا خپاره وي په هستولوژیک ازموننه کې خرگند التهاب نه لیدل کېږي. (۳۷)

### ستهیس گاستروپاتی (Stress Gastropathy)

لاملونه: دستهیس گاستروپاتی لاملونه عبارت دي له: میخانیکی تهويه، دوینې د پوندیدو ناروغری، ترومگانی، سوچیدل (Curling's ulcer)، شاک، سپ سیس، دمرکزی دماغ ناروغری (Cushing's Ulcer)، دھیگر او د پنستورگو بې وسی. (۳۷) دوینې د پوندیدو ناروغری او هغه تنفسی بې وسی چې د ۴۸ ساعتو خخه د ګیر زیات خطری دی. میخانیکی تهويي ته ارتیا لري د ګیر زیات خطری دی.

پدې ناروغيو کې د ۷۲ ساعتو په موده کې مخاطي پوبن ګریدنه (ایروژن) او دا پې تیليل لاندې وينه بهیدنه پیدا کېږي.

کلینیکی بسکاره وينه بهیدنه په ۲ سلنې پیښو کې پیدا کېږي خودشیدی وينې بهیدنه پیښې چې چتکې درمنې ته ارتیا لري د ۳ سلنو خخه لږ دی. دوینې بهیدنه سره د ناروغر ټول عمومي حالت خرابېږي خو مرینه په کې لړه ده. (۳۷)

NSAIDs د رملو له کبله گاسترایتس:

هغه ناروغان چې غیرستروئید التهاب ضد درمل اخلي د کلنيک له نظره ۵۰-۲۵ فیصده گاسترایتس ۱۰-۲۰ سلنې السرا او ۵ سلنې دهیس پیپسیا ګیلې لري.

د ڏیس پیپسیا یوازی هغه ناروغان اندوسکوبی شی چې د خطر نبې (لکه د گیله) شدید درد، وزن بايلل، کانگې، اوکولمو وينه بهيدنه، انیمیا، لري ددي درملو اړخیزې اغیزی د دوا د پربیندلو، دوز کمولواویا د ڇوډی، سره یوځای خورلو سره کمیږي. (۳۷)

### الکولیک گاستروپاتی (Alcoholic Gastropathy):

الکول د معده مخاطی طبقي ويچاروي زيات خبلل یې د دس پیپسیا، کانگو او دلې وينه لرونکو کانگو لامل کيربي. (۳۷)

### پورتل هایپرتنسیف گاستروپاتی (Portal Hypertensive Gastropathy):

د پورتل هایپرتنسن له کبله د معده مخاطی طبقي او د هغه دلاندې وریدونو کې وينه دمه کېږي چې ډیری ناروغان ګیلې نه لري خو په ۱۰ سلنہ کې وينه بهيدنه پیداکېږي بنکاره وينه بهيدنه او وينه لرونکې کانگې ډیرو لړو ناروغانو کې وي. (۳۷)

### تشخيص:

په گاسترایتس کې کومې ځانګړي لابراتواري ازمونې نشته خو که وينه بهيدنه ډیره وي هیماتوکریت به بستکه او د اوسپنی د لړوالی انیمیا به شته وي. (۳۷)

### ځانګړي ازمونې:

۱- اندوسکوبی: د گاسترایتس د تشخيص لپاره د معده او کولمود پورتنی برخې اندوسکوبی نه ازمونې ده. همدرانګه د اندوسکوبی پرمې د پیپتیک السر، دمری، د واریسز او د گاسترایتس د وينه بهيدنې تر منځ توپیر کولای شو. د معده او کولمود پورتنی برخې په وينه بهيدنې کې باید د ۲۴ ساعتو په موده کې اندوسکوبی وشي.

۲- رادیوگرافی: د معده او کولمود پورتنی برخې پرله پسې رادیوگرافی باید تر سره شي.

۳- په هستولوژیک ازمونو کې خرگند بدلون نه ليدل کيربي. (۳۷)

### توبیری تشخيص:

د گاسترایتس توبیری تشخيص دلاندې ناروغیو سره کېږي:

الف: هغه ناروغری چې دا پې گاستریک برخې د درد لامل کېږي.  
پیپتیک تیپونه، گاسترو ازو فاژیل ریفلکس، دخورو توسم، واپرسی گاسترو  
انتریتس، دس پیپسیا

ب: هغه ناروغری چې دا پې گاستریک برخې د ډیر شدید درد لامل کېږي.  
سوری شوی پیپتیک السر، پنی تراتینګ السر، دپانکراس ناروغری، دمری خیرې  
کیدل، دابهرد انیوریزم خیرې کیدل، دمعدی تاویدل، مايوکاردکولیک.

ج: هغه ناروغری چې دھضمی پورتنی لارې دوینې بهیدنې لامل کېږي.  
پیپتیک السر، ازو فاژیل واریسیز، میلووی وايس سندروم، شریانی وریدی خراب  
جوړیدل. (۳۷)

#### د حاد گاسترایتس مخنيوی :

لړ خورل: ژرژر لړ، خورل دمعدی اسیدی افرازات نهی کوي، د الكولو پرینسودل،  
د سگریت نه خکول، د درد ضد درملونو بدلوں (اسپرین او بروفین په اسیتو امینوفین  
بدلوں، د داکتر سپارښت منل، دستریس گاسترایتس د مخنيوی لپاره دایچ دوه  
رسپتور اتنا ګونیست یا دخولې دلاړې پروتون پمپ نهی کوونکی درمل اویا سکرال فت  
ورکول کېږي چې ۵۰ سلنې اغیزه لري په شدیدو حالاتو کې که خه هم د اسید افرازیدل  
نارمل اویا بنکته وي خودمعدی پې ایچ باید د ۴ خخه لور وساتل شي. (۲۹)

درملنه:

که د ستریس په مهال وينه بهیدنې پیداشوہ پروتون پمپ نهی کوونکی درمل (ایزو  
میپرازول، لانسوپرازول یا پاتسوپرازول لومپری ئحل د ورید د لارې ۸۰ ملی گرام د  
انفیوزن په ډول وروسته په پرله پسی توګه په ساعت کې ۸ ملی گرامه) او سکرال فت  
شربت هم ورکول کېږي. (۳۷)

د وبنې بهیدنې دلامل د موندلو لپاره اندوسکوبی ترسره کېږي. که لامل یې خپور  
گاسترایتس وي اندوسکوبیک هیموستازس ګټه نه لري.

که گاسترایتس دنن ستروئید التهاب ضد درمل لە کبله وي نود درملنی لپاره د پروتون پمپ نهی کوونکی (او میپرازول، رابی پرازول، ازو می پرازول دورخی ۴۰ - ۲۰ ملی گرامه، لانسو پرازول دورخی ۳۰ ملی گرامه، پاتو پرازول دورخی ۴۰ ملی گرامه) د ۴-۲ او نیو لپاره ورکول کیربی که گیلی بنسی نه شوی نواندو سکوبی ترسره کیربی. دالکولیک گاستریتس د درملنی لپاره ایچ دوه رسپتور بلاکر، پروتون پمپ نهی کوونکی یا سکرال فت د ۴-۲ او نیو لپاره ورکول کیربی د پورتال هایپرتنسیف درملنی لپاره پروپرانولول یا ناہولول ورکول کیربی که د بیتابلاکر سره درملنے بریالی نشوہ پورتل ھی کمپریشن ترسره کیربی. (۳۷)

ایچ پیلوری له کبله حاد گاسترایتس (Helicobacter pylori Gastritis) : ایچ پیلوری یوه گرام منفی بکتریا ده چې د معده د مخاطی پوبن لاندی اپی تیلیل ژونکو ته نېدی او سیبری. خپریدنه یې د یو کس خخه بل کس ته (په تیره ماشومانو کې) د ککرو او بیو او فیکل خولې دلاري ترسره کیربی . د معده د مخاطی طبقي التهاب او تپ د ایچ پیلوری د دوو جینونو Vac-A او Cag-A له امله مینځته رائی.

داناروغی په حاد پړاو کې د ګیلهې درد او زړه بدوالی وي چې څورخې دوام مومي. په هستولوژیکه ازمونه کې د پې ام ان ژونکو انفلتریشن شتون لري. په ځنډنی گاسترایتس کې په مخاطی طبقة کې د پې، ام، ان او لمفوسيت ژونکو انفلتریشن وي.

هغه ناروغی چې د ځنډنی ایچ پیلوری له کبله مینځته رائی عبارت دي له اتروفيک گاستریتس، د معده تپ، کنسر، Mucosa associated lymphoid, Tissure او ډیس پیپ سیا خخه. (Lymphoma, Malroma) (۳۷، ۲۲) الف: د ایچ پیلوری د تشخیص لپاره Non invasive ازمونې: ۱- سیرالوژی: سیرالوژی اسانه ازمونه ده خو تشخیصی ارزښتئي لبدي.

۲- ELISA : (Enzym linked immuno sorbant Assay) په تشخیص کې ۸۰٪

مرسته کوي.

۳- Urea Breath Test ( $C^{13}$ ) او Fecal Antigen Immuno Assay ډیره بنه ازمونینه

۴- څخه زیاته سلنہ کې ناروغری تشخیصوی.

پروتون پمپ نهی کوونکی ددې دوو وروستیو ازمونینو حساسیت کموی خو په

سیرالوژیکی ازمونینې باندې اغیزه نه لري.

ب: اندوسکوپی

په روتنین ډول د ایچ پیلوری د تشخیص لپاره اندوسکوپی نه تر سره کېږي خو که دبلې

ناروغری لپاره ترسره شي نو بايد د ایچ پیلوری د پیژندلو لپاره بايوپسی واخیستل شي.

دا ایچ پیلوری د فعال اتان د تشخیص لپاره چتک یوریز ازمونینه وشي چې دا ازمونینه

ارزانه ده ۹۰٪ ناروغری تشخیصوی.

که وينه په فعاله ډول بهېږي اويا ناروغ پروتون پمپ نهی کوونکی اخلي داتنان د

څرګندولو لپاره هستولوژیکی ازمونینې غوره دي. د هستولوژیکو ازمونینو لپاره

بايوپسی بايد د اترووم او باډي څخه واخیستل شي. (۳۷، ۲۶)

: (Chronic Atrophic Gastritis) ځنډنۍ اټروفیک گاسترایتس

په دي حالت کې د التهابي ژونکو ارتشاح د میوکوزا په ژوره طبقة کې وي په مخاطي

ژونکو کې مخاط او په ګلاندولار ژونکو کې میتوزسنس کمېږي او غدوات

ویجاوېږي. (۲۶)

تاپ اي ځنډنۍ اټروفیک گاسترایتس (Chronic Atrophic Gastritis Type-A)

دا ډیره نادره ناروغری ده چې ډیری فندس او باډي پري اخته کېږي. د پرنیشس

انیمیا (PA) سره یوځای وي. پدې ناروغری کې د دیوالی ژونکو او اترین زیک فکتور

په ضد دوراني انتی بادی مینځ ته راخی نولدي امله ورته اتوامیون گاسترایتس وايې.

د دیوالی ژونکو د اخته کیدوله امله اکلوروهايدريا مینخته راخی. د معده د اسید د نشتوالی په مهال د جي ژونکو خخه زيات گاسترین ازاد یبوی چې د هاپر گاسترینیمیا لامل کېږي. (۲۶)

په پرنیشس انیمیا کې د گاسترین کچه د pgm/ml ۵۰۰ خخه لوره وي او د اسید دلبواли له امله اتروکرومافین ژونکی هاپرپلازیا کوي چې دا د گاستریک کارسینوئید تومور لامل گرخی.

دا ینتیرینزیک فکتور ضد اتی بادی له کبله د ب ۱۲ ویتامین دلبواли انیمیا مینخته راخی چې ددې انیمیا له کبله میگالوبلاستیک انیمیا او د عصبی دندوخرابوالی پیدا کېږي.

د دیوالی ژونکو ضد اتی بادی او اتروفیک گاسترایتس د پرنیشس انیمیا ناروغانو د کورنۍ په نورو غړو کې هم وي. دا اتی بادی ۲۰ سلنې په هغه خلکو کې چې عمر یې د ۲۰ کلنۍ خخه زيات وي او ۲۰ سلنې په هغه ناروغانو کې چې په وايتیلیگو او اهیسن ناروغی، اخته وي لیدل کېږي.

تاپ بې ځنډنې اتروفیک گاسترایتس (Chronic Atrophic Gastritis Type-B) ::  
د ځنډنې گاسترایتس یو دودیز ډول ده چې په اترووم کې وي. ایچ پیلوری یې غوره لامل دی. د ۱۵ - ۲۰ کالو په موده کې په پان گاسترایتس بدليږي. د عمر په زياتیدو سره یې پیښې ډيرېږي. ان تردې چې د ۷۰ کلنۍ خخه وروسته ۱۰۰ سلنې وي. د ایچ پیلوری د درملنې سره بنه کېږي.

د ځنډنې ایچ پیلوری د اتان له کبله اتروفیک گاسترایتس، گاستریک اتروفی، میتاپلازیا او په پای کې گاستریک ادینوکارسینوما پیدا کېږي.  
د ایچ پیلوری ریښه ایستونکی درملنې د کنسرد مخنيوي لپاره په دو عمومي توګه نه کارول کېږي. (۲۶)

## د گاسترایتس ھانگری ډولونه:

### ۱- انتانی گاسترایتس (Infectious Gastritis):

دمعدی د سب میوکوزا او عضلی طبقو حاد بکتریا یی اتناات (ایروبیک او ان ایروبیک) نادرأ دشیدو او ژوند ویرونکوناروغیو (Phlegmoneous) یا لامل کیربی چې په چتکی سره د پراخه اغیزه لرونکو میکروب ضد درملو پواسطه درملنه کیربی.

وایروسی اتناات لکه (سایتومیگالووایرس) په ایدز، د جامد غریو او بون میرو ترانس پلانت ناروغانو کې د گاسترایتس لامل کیربی او په اندوسکوپی کې د معدی فولہونه پلن وي.

فنگسی اتناات (لکه کاندیدا) په معافیت خپلو ناروغانو کې د گاسترایتس لامل کیربی.

انیساکیس مارینا لاروا په هغه کسانو کې چې او مه کبان خوري د گیډی د شدید درد لامل کیربی او تر هغه پوری دوام مومی تر خو چې لاروا مره شي او یا د اندوسکوپی پرمته وویستل شي (۳۷).

### ۲- لمفوسایتک گاسترایتس (Lymphocytic Gastritis):

دا یوه ناخرگندہ ناروغی د چې گیلې او نښې یې عبارت دی له د گیډی په متناوب درد، زړه بدوالی او کانګو څخه او په اندوسکوپی کې د معدی مخاطی طبقة کې اروزن او واریولوفارم (پکس ته ورته) بنکاري. په بايوپسی کې خپور لمفوسایتک گاسترایتس لیدل کیربی. اغیزمنه درملنه نه لري. (۳۷)

### ۳- ازوونوفیلیک گاسترایتس (Eosinophilic Gastritis):

دا نادره ناروغی د چې په اترووم او کله کله د کولمو په نژدې برخه کې په مخاطی عضلی او سیروزا طبقو کې ازوونوفیل ژونکی انفلتریشن کوي. دوینې د ازوونوفیل شمیر زیات وي. گیلې یې عبارت دی له وينه لېي، د گیډی درد، وروسته د ډودی خورلو

څخه د کانګو او ژرژر مریدلو څخه. د درملنې لپاره کورتیکوستروئید ورکول کېږي.

### ۳- ګرانولوماتوز گاسترایتس Granulomatase Gastritis

هغه ګرانولوماتوز ناروغری چې د گاسترایتس لامل کېږي عبارت دی له: کرون ناروغری، ایچ پیلوری، توبرکلوز، سفلیس، فنگسی انتانات، سارکوئیدوزس څخمه. په دې ناروغيو کې د هضمی سیستم ګیلې کمې او یا نه وي. (۳۷)

## پیپتیک السر (Peptic Ulcer)

**پیژندنه :**

پیپتیک السر دمعدی، اثناعشر او د مری دنتی طبقی د خلاص تپ خخه عبارت ده چې پراخوالی یې د پنځو ملي مترو خخه زیات او ژوروالی یې ترمیوکوزا لاندې پوري وي یا په بل عبارت که دالتهابی وتیری له امله دمعدی او اثناعشر مخاطی طبقه په بشپړ ډول له مینځه لار شي د تپ په نوم یادېږي. (۵، ۴۰، ۲۱)

اروژن هغه حالت ته وايی چې وڃجاریدنه یواحی دمخاطی طبقی په اپی تیلیل کې وي چې بنايی خورخو کې نسه شي.

دھای له نظره تپ په معده، اثناعشر، مری، دکوچنۍ کولمو په هغه برخه کې چې ګاسترواينتریک انستوموزس سره نژدې وي او مايکل دایورتیکل کې (چې په ولادي ډول دیوالی ژونکی پاتې وي) مینځته راحی. د پیپتیک تپ غوره ګیله د اپی ګاستریک ناحیی درد ده. (۵، ۴۰، ۲۱)

**اپیدیمولوژی:**

۱- داثناشر تپ (Duod and Ulcer)

۱۵-۲ سلنده لویدیع وګري داثناشر تپ لري. پیښې یې د ۱۹۷۰ خخه تر ۱۹۸۰م پوري لږې شوي.

هرکال په امریکا کې ۵۰۰۰۰۰ نوې پیښې پیداکېږي. د جراحی او د داخلې د درملنې له امله د ۳۰ کالوراهیسي ۵۰% خخه زیاتې پیښې کمې شوي چې لامل یې د ایچ پیلوری له مینځه وړل دي. (۵، ۴۰، ۲۱)

دايچ پیلوری د پیژندلو خخه پخوا د درملنې خخه وروسته دnarوغری، بيرته راګرځیدنه زیاته وه خود ایچ پیلوری د رینې ایستونکې درملنې سره دnarوغری، د بيرته راګرځیدو کچه ډيره تېټه شوي. (۲۲، ۳۷)

داثناشر د تپ پیښې پنځه ئله دمعدی د تپ په پرتله ډيرى دی چې دھای له انده

۹۵% په بصله یا پیلوریک کانال کې وي.

داثناعشر د تېپ د پینبندیدو عمر د ۳۰-۵۵ کالو تر مینځ دی. دنارينه او بنخو تر مینځ  
اندول ۱، ۳:۱ دی (۲۲، ۳۷).

## ۲- دمعدی تېپ (Gastric ulcer)

دمعدی تېپ د عمر له مخي د ۵۵ او ۷۰ کالو تر مینځ پیداکیږي. په نارینوو کې یې  
کچه زیاته وي.

ددې پینبې دن ستروئیدل التهاب ضد درملو (ان لې دوز اسپرین) دزيات کارولوله  
امله ډیرې شوي.

د ګاستریک السر د ګیلو د نشتوالي او یا کموالی له امله یو ګن شمیر ناروغان ډاکټر ته  
هغه وخت درومي چې ناروغی یې اختلاطی شوي وي (۳۷، ۲۲).



(۲-۱) شکل دمعدی د سلیمي قرحي اندوسكوبیک منظره (۳۰).

## دمعدی فزیالوژی:

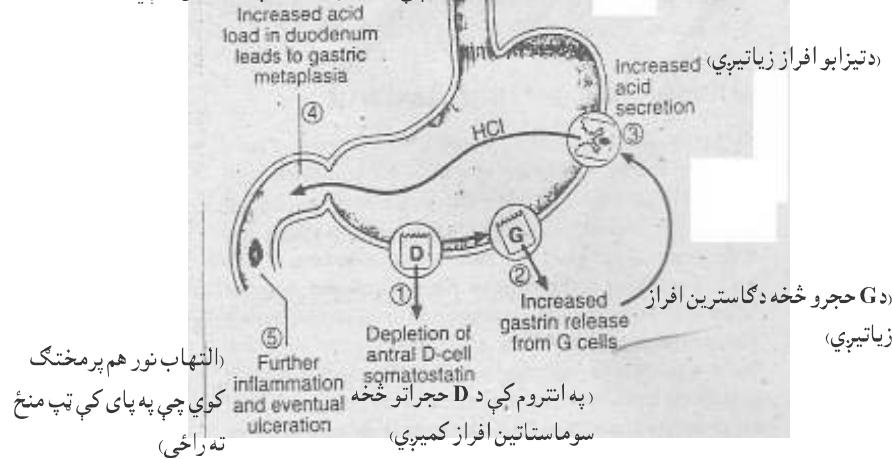
معده درف داره اپي تیلیوم پواسطه پونسل شوې چې د هغې د ژونکو خخه د معدی  
غدوات جوړ شوي. دغه غدوات مخاطي او اندوکرايني ژونکې لري. په فندس او استروم  
کې د یوالی ژونکې دی چې هایدروکلوریک اسید او اتھرینسیک فکتور (ویتامین ب  
۱۲ جذب لپاره اړین دی) افرازوی

په باهی کې د چیف ژونکې دی چې پیپ سینوچن افرازوی.

په اتروم کې د دیوالی ژونکو خخه برسیره یو شمیر نوری ژونکې هم شته لکه جي ژونکې چې گاسترین، چې ژونکې سومستاتین او مخاطی ژونکې میوکوزا افرازوی. هایدروکلوریک اسید او پیپ سینوچن د معده د بنستهیز و افرازاتو خخه دې چې د معده په مخاطی طبقة ماوفوی. (۱۸، ۲۶)

په اثنا عشر کې د تیزابو اندازه زیاتیرې

چې د گاستریک میتاپلازیا لامل کیوي.



### ۳-۱) شکل د اثنا عشر د تېب پتوفیزیالوژی (۲۸)

د معده تیزاب په نارمل او تنبهی حالت کې ازادیرې. په نارمل یا بزل حالت کې د معده تیزاب په خلورویشت ساعتو کې دواګس عصب تر کنترول لاندې افرازیې چې د شپی لخوازیات او په سهار کې لبروی. (۱۸، ۲۶)

پارونکی حالت یې هستامینونرژیک رسپتوروونو پوری تراو لري چې د هستامین د پارونی پواسطه د اترورومافین ژونکو خخه ازادیرې.

د معده تیزاب په درې پراوونو کې مینځته راخی. (۱۸، ۲۶)

#### ۱- سفالیک پراو (دماغي پراو):

د اپراو دخورو په لیدلو، بویولو او مزی سره پیلیبې چې دواګس عصب د تنبه له کبله تیزاب افرازیې. (۱۸، ۲۶)

#### ۲- گاستریک پراو (دمعدی پراو):

پدې پراو کې د تیزابو افراز پدوو میکانیزمونو پوری اړه لري. (۱۸، ۲۶)

الف: کله چې خواره معدې ته دنته شي د معدې د پراخیدو له امله تیزاب او گاسترين ازادیږي.

ب: دخواراکي توکو امينواسیدونو او امينونه د گاسترين افراز هخوي. (۱۸، ۲۲)

۳- دکولمو پړاو:

کله چې خواره کولمو ته دنته شي دکولمو د پراخوالی او خواراکي توکوله کبله تیزاب افرازیږي. سوماتوستاتین د معدې د ډی ژونکو خخه دهايدروکلوریک اسید د تنبه له کبله افرازیږي چې دا د تیزابو افراز مستقیما او غیر مستقیما نهی کوي مستقیما یې ددیوالی ژونکو خخه ازادیدل نهی کوي او غیر مستقیما یې دایتیروکومافین ژونکو خخه د هستامین او د جي ژونکو خخه د گاسترين افرازیدل نهی کوي. (۱۸، ۲۲)

هستامین، گاسترين او استیل کولین د دیوالی ژونکو خخه د تیزابو ازادیدل هخوي. پروستاگلاندین، سوماستاتین او اپی درمل ګروت فکتور د تیزابو ازادیدل نهی کوي. (۱۸، ۲۲)

H-K ATPase انزایم په دیوالی ژونکو کې شته چې په لوره کچه د هایدروجن ایون دنومور و ژونکو د سایتوپلازم خخه افرازوی او کانالیکول ته یې دپوتاشیم په ئای دنته کوي تر خو چې د تیزابو په بیا جوړیدو کې وندہ واخلي. دا انزایم د پروتون پمپ نهی کوونکو درملو پواسطه نهی کېږي.

ایچ دوه رسپټور اتناګونست درمل هستامینونزېک اخذی بلاکوي. د چیف ژونکې د معدې په فندس کې ئای لري چې پیپ سینوجن جوروی. پیپ سینوجن یو غیر فعال پیپتايد دی چې په تیزابي چاپیریال کې (PH<2.0) په فعال پیپتايد (پیپ سین) بدليږي د پیپ سین فعالیت په پی ایچ ۴ کې کمېږي. (۱۸، ۲۲)

د معدې او اثنا عشر ويچارونکي فکتورونه:

د معدې اپی تیلیوم دتل لپاره د اندوجینوس (هایدروکلوریک اسید، پیپ سین، پیپ سینوجن او صفراوي مالګۍ، او اکزوچینوس (درملونه، الکول، بکتریا او زیان رسونکو توکو تر خطر لاندی دی چې د معدې د تپ لامل کېږي. (۲۲)

د مخاطی طبی دفاعی او دبیا رغونی سیستم:

د ویجارونکو فکتورونو په وړاندې درې دفاعی او دبیا رغونی لیکې شته چې د تېپ د مینځ ته راتګ څخه مخنيوی کوي. هر کله چې دفاعی او دبیا رغونی میکانیزمونه ناکام شي تېپ مینځته رائې چې میکانیزمونه عبارت دي له:

I: پري اپي تیلیل

پدي لیکه کې مخاط، باي کاربونیت او برسیرن فاسفولیپید ګډون لري دالیکه د هایدروکلوریک اسید او پیپ سین د بیا دیفوژن څخه مخنيوی کوي او چاپیریال قلوی کوي. (۲۲)

د باي کاربونیت افرازیدل د کلسیوم، پروستاګلاندین، کولي نرژیک عصب او تیزابو پواسطه تنبه کېږي او د NSAID پواسطه نهی کېږي. (۲۲)

II: اپي تیلیل: پدي لیکه کې:

۱: ژونکیز ټینګار زیاتېږي.

۲: مخاطی سطحه د هایدروجن ایون دبیا دیفوژن څخه مخنيوی کوي.

۳- بیارغونه: د معده اپي تیلیل ژونکې ناروغه خای را چاپیره او رغوي.

۴- دودې فکتور: د اپي تیلیل ژونکو د ډیروالی لپاره اپي درمل ګروت فکتور او فبروبلاست ګروت فکتور ازادېږي. (۲۲)

۵- انجیوجینیزس: په ناروغه خای کې نوي رګونه جوړېږي.

۶- په ناروغه خای کې اپي تیلیل ژونکې ډیروالی مومي.

۷- پروستاګلاندین: اغیزې یې عبارت دي له:

الف: د مخاط او باي کاربونیت افرازوں هڅوي.

ب: د مخاط دوینې بهير زیاتوی.

ج: هایدروکلوریک اسید افرازوں نهی کوي.

د: د اپي تیلیل ژونکو رغول زیاتوی. (۲۲)

III: سب اپی تیلیل: د مخاط لاندې په سب میوکوزا کې دوینې بهیر زیاتیرې ددې

لپاره چې:

الف: د باي کاربونیت کچه زیاتیرې.

ب: د ناروغه خای خواره ډیر کړي.

ج: ناروغه خای ته اوکسیجن ولیپردوی.

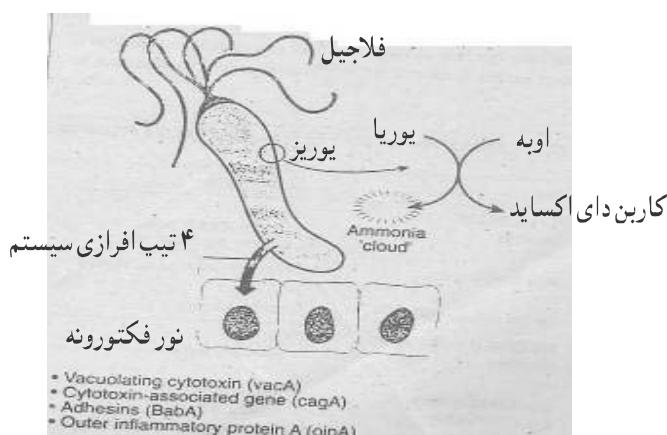
د: د ناروغه خای خخه زهرجن توکی لیری کوي. (۲۶)

لاملونه:

الف: هیلیکوبکتر پایلوری او پیپتک السر

بکتریالوژی:

دا یوه ګرام منفی بکتریا ده چې د ایچ پیلوری پنوم یادېږي خوختنده دی او د فلاجیل لرونکی ده. د معده د مخاطی طبqi په ژوره برخه او یا د مخاطی او اپی تیلیوم طبqe تر مینځ او سیبری. استان لو مرپی په اتروم کې وي وروسته د وخت په تیریدو سره د معده د تزدې برخې خواته راخي. د اپه اسانی سره په کوکوئیله شکل (چې د ډیرې مودې لپاره د ناروه شرایطو له امله پت پاتې کېږي) بدليېږي. (۲۶)



(۱-۴) شکل هغه فکتورونه چې د ایچ پیلوری ویرو لینسی پوري اړه لري (۳۸)

**اپیدیمولوژی:**

په صنعتي هیوادونو کې د ایچ پیلوری پیبنې ورو ورو د عمر په زیاتیدو سره زیاتېږي.  
په انګلستان کې هغه خلک چې عمر یې د پنځوس کالو خخه زیات دی پنځوس سلنه  
اتسان لري. مخ پرودې هیوادونو کې که اتسان یې په ماشومتوب کې اخیستي وي ۹۰

سلنه به یې ترڅواني پورې اتسان ولري. (۲۶)

زیاتره کړ خلک بې ګیلو وي او یا لبې ګیلې لري. نژدي ۹۰ سلنه د اثنا عشر تپ او  
۷۰ سلنه د ګاستریک السر ناروغان د ایچ پیلوری اتسان لري او د پاتی ۳۰ سلنه

ګاستریک السر لامل NSAIDs دی. (۲۶)

د ایچ پیلوری لپاره زمينه برابرونکي فکتورونه.

۱- د اقتصادي او تولنيز حالت خرابوالی.

۲- د پوهې د کچې کموالۍ.

۳- مخ پرودې هیوادونو کې زیات زبرون او یا ګډ او سیدل.

۴- د کورنې د ګړو ګنې والي.

۵- دروغتیابي حالت خرابوالی.

۶- د ناپاکو خورو خورل.

۷- د کړ کس د معدې د مینځ پانګکي سره اړیکې. (۲۶)

ایچ پیلوری د یو کس خخه بل کس ته د خولي یا فیکل خولي دلاري لیبدول کېږي.

په امریکا کې د ۳۰ کالو پخوا په پرتله د ایچ پیلوری پیبنې ۵۰ سلنه خخه زیاتې کمې  
شوې. (۲۶)

**پتوجنیزس او پتوفزیالوژی:**

په رېستیا سره ایچ پیلوری زیاتره د ټنډونی ګاستریتس لامل کېږي خویوازی ۱۰-۱۵٪

کړو کسانو کې پیپتیک السر مینځته راخې. هغه فکتورونه چې د ایچ پیلوری د

ناروغری په مینځته راتلو کې ونډه لري عبارت دي له:

## ١: بكتريايي فكتورونه:

ايج پيلوري ددي توان لري چي په اسانې سره په معده کې و اوسييري مخاط و يجار او دكوربه دفاعي حالت خراب کړي. دايج پيلوري بيلا بيل ډولونه بيلا بيل وايرولنس فكتورونه لري. (٢٢)

١- پتوجينك وايرولنس فكتورونه عبارت دي VaCA ،

Pic-B Cytotoxin associated gen (Cag-A)

٢- یوريز: ددي انزaim پواسطه امونيا جور وي ترڅو چي اتنان خپل شاوخوا چاپيريال د اوسييدو لپاره قلوي کړي. (٢٢)

٣- سطحي فكتور: دافكتور د تروفيل او موносیت ژونکو کيموستاسيز کموي ترڅو اپي تيليل ژونکي اغيزمنې کړي. (٢٢)

٤- اه هيزين: ددي پواسطه د اپي تيليل ژونکو پوري ئان نبلوي.

٥- پروتي ايز او فاسفوليپيز د ګلايكو پروتين او شحمي پوره خيري کوي.

٦- دايج پيلوري د ليپويولي سکرايد اميونولوزيک فعاليت لب، دی چې د ځنلنۍ التهاب لامل کېږي. (٢٢)

## ٢: دكوربه فكتورونه:

١- دايج پيلوري په وراندي دكوربه التهابي غبرګون دادی چې ويجار ځای ته تروفيل، لمفوسيت، مکروفاز او پلازما ژونکي ليږدو.

٢- په ناروغه ځای کې د سايتوكينونو (Tumor IL2, IL6 .( Interlukin(IL α/β)، Necrose Factor alfa) TNFα او γ کچه لورېږي. (٢٢)

٣- ايج پيلوري په کوربه کې مخاطي او سيستميک همورال غبرګون فعالوي خوداتنان په له منځه وړلو کې کومه ګته نه لري.

٤- دفعال تروفيل په منځګړي توب رياكتيف او کسيجن او نايتروفجن مينځ ته رائي چې د اپي تيليل دویجاريدو لامل ګرئي. (٢٢)

ایچ پیلوری په گاستریک ډوله اپی تیلیوم کې چې یوازې په اثنا عشر کې شتون لري  
کالونی جوروی چې د گاستریک میتاپلازیا او د اترال گاستراتیتس لامل کېږي.  
د گاستریک ټپ په مینځته راتلو کې د ایچ پیلوری پتوجنیزس بنه بنکاره نه ده خوبنایي  
چې د مخاطی طبقة تینګښت د تیزابو او پیپ سین په وړاندې لړ کړي.  
ثردې یو سلنہ کړو خلکو کې ایچ پیلوری د پان گاستراتیتس لامل کېږي چې ددې له  
کبله گاستریک اتروفی او هایپو کلورو هایدریا مینځ ته رائحې چې په معده کې داتسان  
د ډیروالی لپاره زمینه برابروي. همدارنګه پدې دواړو حالاتو کې دخورو نایتریت خخه  
میتوجینیک نایتریت جورېږي چې د معده د کارسینوما لپاره برابرونکی فکتور  
دی. (۲۶)

ب- دن ستروئید التهاب ضد درمل د پرله پسې کارولو له امله د معده د تیپونو پیښې Nonstroidal anti inflammatory drugs (NSAIDs) له کبله ټپ:

دن ستروئید التهاب ضد درمل د پرله پسې کارولو له امله د معده د تیپونو پیښې ۵-۲۰٪ او د اثنا عشر د تیپونو پیښې ۲۰٪ سلنہ دی.  
د ټپ اختلالات لکه سوری کيدل، وينه بهیدنه او مرینه په هغه خلکو کې چې دا درمل  
کاروی درې څله زیات دی. (۲۶)

دن ستروئید التهاب ضد درمل له ډلې خخه اسپرین ان په ډیر کم دوز ۸۱-۱۲۲ ملي ګرامه او پایروکسیکم ډیر او بروفین لړ السروجینک دی.  
نن ستروئید التهاب ضد درمل COX-1 (Cylo oxgynase-1) په معده، پنستورگو او  
ترمبوسیت کې دی او COX-2 په مکروفاز، لوکوسیت، فربولاست او ساینوفیل  
ژونکو کې دی، نهی کوي. (۲۶)

دا انزايم پروستاگلاندین جوروی. پروستاگلاندین په معده کې سایتوپروتیکتیف  
اغیزې لري. د پروستاگلاندین د کموالی له کبله د تیزابو افراز زیاتېږي. د مخاط باي  
کاربونیت او برسيرن فعال فاسفولیپیدو افرازات کمېږي. د اپی تیلیل ژونکو  
پرولیفريشن خرابېږي چې په پایله کې د مخاطی پوښ تینګکار د اسید په وړاندې له  
مینځه ئې او ټپ پیداکېږي. (۲۶)

د نن ستروئید التهاب ضد درمل د اختلاطاتو خطر په لاندې حالاتو کې ډیر دی.

۱- که د ناروغ عمرد ۲۰ کالو څخه زیات وي.

۲- که ناروغ د پیپتیک تپ پخوانی تاریخچه ولري.

۳- ددې درملو د اړخیزو اغیز و تاریخچې شتون ولري.

۴- که د کورتیکو ستروئیدو یا انتی کواګولات سره ګله و کارول شي.

۵- په لورډوز سره کارول.

۶- شدیده داخلی ناروغی.

۷- دا زاپروپازون، پایروکسیکم او کیتوپروفین سره ډیر او دبروفین سره لږوي. (۲۲)

اختحابي NSAIDs لکه Celecoxib او Refecoxib په COX2 باندې زیاته او په

COX-1 باندې لړه اغیزه لري له دې امله دنوموري درملو د کارولو سره د تپ او د هغه

داختلاطاتو پیښې تر ډیرې کچې کيمدای شي.

ایچ پیلوری دن ستروئید التهاب ضد درمل په کارونکو کې د تپ د پیداکیدو چانس

درې خله زیاتوي. (۲۲)

### ج: سگرت خکل :

سگرت خکول د پیپتیک تپ په مینځته راتلو کې ونډه لري میکانیزم یې بسکاره نه

دی خو لاندې اړیکې د سگرت او تپ تر مینځ شته:

۱- په سگرت خکونکو کې دنه خکونکو په پرتله د معده او اثناعشر د تپ مینځ ته راتګ ډیر دی.

۲- سگرت د تپ رغيدل ئندووي.

۳- د درملني ټواب خرابوي.

۴- د تپ د اختلاطاتو لکه سورې کيدل خطر ډيروي.

۵- د اسى اند شته چې د اثناعشر د باي کاربونیت افراز کموی او د ایچ پیلوری انتان

خطر زیاتوي. (۴۱، ۲۲)

**د: ارثیت:**

دارثیت او د پیپتیک السر ناروغری تر مینځ اړیکی بې خرګندې نه دي خود تپ خطر په لومړی نسل کې زیات دی. ایچ پیلوری هم په اړشی توګه د تپ په مینځته راتلو کې ونډه لري، دوینې ۰ گروپ لرونکي او نسکری توري خلکو کې زیات پیداکړي. (۲۶)

**هـ: د اسید او پیپسین په وړاندی د مخاطی طبقة مقاومت:**

پیپتیک تپ هغه وخت مینځ ته راحي چې د مخاطی پوبن د ساتونکو او ويچارونکو فکتورونو تر مینځ انډول خراب شي. (۲۷)

**و: سیکالوژیک فشارونه:**

سیکالوژیک فکتورونه لکه نیوروتیزم هم د تپ په مینځ ته راتلو کې مرسته کوي. (۲۸)

**ز: خواره:**

حینې خواره هم د پیپتیک تپ په مینځ ته راتلو کې (لکه الکول و کافین) ونډه لري. (۲۹)

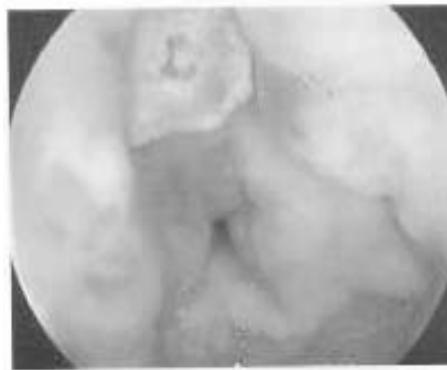
**ح: ځندنی ناروغری:**

ځندنی ناروغری لکه سیستمیک ماستوسایتوزس ، دسرو، پنستورگو او ځیګر ځندنی ناروغری، د پنستورگو تیرې، د الفا یواتسی تریپسین کموالی، هایپرپاراتائیرویدزم، داکلیلی رګونو ناروغری، پولی سایتیمیا او ځندنی پانکراتایتس د پیپتیک السر په مینځ راتلو کې مرسته کوي. (۳۰)

**د اثناشر تپ (Duodenal Ulcer):****کلینیکی بهه:**

پیپتیک السر یو اوږد مهاله ناروغری ده چې کله کله پخپل سرښه کېږي او تر کلنوا پورې دوا مومي. غوره ګیله یې د اپی ګاستریک ناحیي درد دی چې لاندې صفتونه لري.

- ۱- د درد ئای: دوه پردرې ناروغانو کې درد په اپي گاستریک ناحیه کې وي خو كله كله په بني ياكين پورتنې کوادرانت يا هايپوکاندریوم کې وي. ڏورو کمو پینسو کې شاوخوا ته خپرېري ئىينې وخت درد دوسره تيز او ئائى وي چې ناروغ يې د دو يا درې گوتو پواسطه بىئىچې (Pointing sign) پنوم یادېبې. (۲۲، ۳۸)
- ۲- دوه پردرې ناروغانو کې درد د شې لخوا پیداکېري او ۱-۲ بجې دشې ناروغ دخوب خخه ويىنسو.
- ۳- درد دخواونيو پورې پاينت مومي (Rhythmicity) او بيا د دخواونيو يا مياشتو پوري نه وي (Peridiocity).
- ۴- درد ۱-۳ ساعته وروسته د چوچى خورلو خخه مينځ ته راخي.
- ۵- درد د خورلو، انتي اسيد، ارگمي کولو او کانګو سره غلى کېږي.
- ۶- درد نیونکى، غابن ژونکى او سوزيدونكى او صاف لري چې دلوبې سره زياتېږي.



(۱-۵) شکل د اثنا عشر تېپ چې د اثنا عشر د فولډونو التهاب سره يو ئاخاي وي (۳۰).  
ثردي ۲۰٪ نن ستروئيد التهاب ضد درمل پوري تړلې تېپونو او زړو کسانو کې ګيلې  
نه وي خوبناري ناروغان يې داحتلاطاتوله امله (وينه بهيدنه او سورې کيدلو)  
روغتون نه راشي.

د غير اختلاطي پیپتیک تېپ په فزيکي کتنه کې کومه خانګړې فزيکي ننسه نه وي  
يواري اپي گاستریک ناحیه په جس سره حساسه او دردناکه وي خود ئىينو نښو شتون

دناروغی د اختلاطاتو بسودونکي دی لکه تکي کارديا ، ورتوتاسيس هايپوتشن ، وينه لرونکي کانگي (Caffee ground emesis) تکي توري قير ھوله ڈکي متيازي ، روبنانه وينه لرونکي ڈکي متيازي (که وينه بهيدنه کتلوي وي) چي د معدى اوکولمي دلاري دويني بهيدنې بسودونکي دی . خنهني وينه بهيدنې د اوسپنې دلروالۍ انيميا لامل کيري .

که چيرې گيده دردناکه او د تختې په شان کلکه وي نو تپ سورى شوي او پريتونيتس يې ورکړي . که چيرې درد شديد او دوامداره شي ملاته اتشار وکړي داتسي اسيد او خورپوو سره غلي نه شي د تپ د پنې تريشن بسودونکي دی .  
Succession splash  
بندبنت بسودنه کوي . (٣٨، ٢٢)

#### تشخيص :

په غير اختلاطي پیپتیک تپ کي لبراتواري ازمويني نارمل وي .  
انيميا د بيرنى يا خنهني وينې بهيدنې له کبله وي .  
لوکوسایتوزسیس د سوری کيدو يا پنې تريشن نښه ٥ .  
دسيروم دامايليز د کچي لوروالي اويا د اپي گاستريک شديد درد پانکراس ته د السر د پنې تريشن بسودونکي دی .

دلورې په حالت کي د سيروم د گاسترين د اندازې لوروالي د زولینجر اليسن سندروم بسودنه کوي د گاسترين د کچي داندازه کولو لپاره ٢٤ ساعته مخکي ايج دوه رسپتور بلاکر او یوه اونې مخکي پروتون پمپ نهی کوونکي درمل نه ورکول کيري . (٣٧)

#### اندوسكوپي :

ダメدی او اثناعشر د تپونود پیژنسلو لپاره نښه ازموينه اندوسكوپي ده چې ددي  
پواسطه د خبيث تپ د ردولو اود ايج پيلوري د شتون لپاره بايوپسي اخستل کيري د  
باريوم د راديوجرافې په پرتله نښه او سمه تشخيصه ازموينه ده . (٣٧)  
داثناعشر تپ هیڅ کله خبيث نه وي نو بايوپسي ته يې هم اړتیا نشته .

۳-۵ سلنہ د گاستریک سلیم تیپونه د خبیث تیپونو په شان بنکاري خوددی گمان د لري کولو لپاره بايوپسی اړینه ده. همدارنګه د معدی تېپ باید وروسته د دولس او نیو د درمني خخه بیا اندوسكوبی شي چې ایا تېپ بشپړ روغ شوی او که نه که نه شوی نه وي د خبیث تېپ گمان پرې کېږي. د معدی (دواړه سلیم او خبیث) تیپونه د معدی په کوچنۍ انحناء کې وي. د خبیث تېپ قطر د ۳ ساتې مترو خخه زیات وي همدارنګه که دكتلې په مینځ کې تېپ وي نود خبیث تېپ نبودونکي دی. (۳۷)

#### د ایچ پیلوري لپاره ازموينه:

په هغه ناروغانو کې چې د اندوسكوبی پواسطه یې تېپ تشخيص شوی وي باید د معدی د مخاطي طبقي خخه بايوپسی درپید یوریز ازموینې او هستولوزیک ازموینو د ترسره کولو لپاره واخیستل شي. (۳۷)

Rapid urease test : که چیری د معدی د اتروم یا جسم خخه بايوپسی واخیستل شي په داسې یو لوښي کې چې یوریا او Aggar جیل ولري اچول کېږي که ایچ پیلوري مثبت وي نو یوریا په امونيا او کاربن ډاى اکساید بدلوی پدې صورت کې محیط اسیدي کېږي او دو سط زېړرنګ په سورنګ بدليږي د اتعامل ۲۴-۲ ساعتو په موده کې ترسره کېږي. (۳)

که چیری چټک یوریز تست مثبت وي نو هستولوزیکه ازموینه باید ترسره نه شي. په هغه ناروغانو کې چې د پیپتیک تېپ تاریخچه لري او یا د معدی او کولمی د پورتنې برخې د باریوم ازموینو پواسطه تشخيص شوی وي د ایچ پیلوري د تشخيص لپاره باید فيکل اتي جن تست او د یوریاز بريت ازموینه ترسره شي. د دواړو ازموینو د ترسره کولو لپاره باید ۷ ورځې مخکې پروتون پمپ نهی کوونکي درمل ودرول شي خکه چې ازموینه په دروغو منفي کوي. (۳۷)

#### توبیري تشخيص:

پیپتیک السر باید د لاندې ناروغیو سره توبیري تشخيص شي:

۱- نن السر دس پیپ سیا.

۲- دگاسترو ازوفاژیل ریفلوکس ناروغی.

۳- دصرفاوی لارو ناروغی.

۴- داپی گاستریک شدید درد د حاد پانکراتایتیس، حاد کولی سیستیتس، دمری خیرې کیدل او دصرفاوی لارو کانی، گاستریک وال ولوس او دابهړ د انیوریزم د خیرې کیدو سره توپیری تشخیص شي. (۳۷)

**دمعدی تېپ (Gastric Ulcer):**

دمعدی د تپونو پیښې په ۲۰ کلنۍ او ډیری په نارینوو کې وي. خرنګه چې دا بې گیلې وي نو د پیښیدو بنه ربنتیانی وخت یې خرگند نه دی. د کلینک له انده د اثنا عشر د تېپ په پرتله بنه نه تشخیصیږي.

دمعدی تېپ ژور وي دمعدی د مخاطی طبقي خخه هم تیریږي. هستولوزی یې د اثنا عشر د تېپ په شان ده خوپدې کې د تېپ په شاوخواکې پراخه گاستریتس شتون لري. دمعدی تېپ ډیری د اتروم د مخاطی طبقي او د معدې د بدن د مخاطی طبقي په جنکشن کې خای لري. د اتروم مخاطی طبقي دوه پر درې د کوچنۍ انحنا او یو پر درې د لوی انحنا مخاطی طبقي پوري غزیدلې شي. (۲۶)

دمعدی سليم تېپ دمعدی په فنډس کې ډير لبوي. د معدې سليم تېپ د هروخت لپاره د ایچ پیلوری له کبله وي.

که دمعدی تېپ د اسپرین یا نن ستروئید التهاب ضد درمل له کبله وي نو گاسترایتس ورسه مل نه وي. (۲۶)

**لاملونه او پتوجنیزس:**

تیزاب او پیپ سین د ناروغی په پیداکیدو کې غوره ونډه لري. دمعدی په تېپ کې تیزاب نارمل یا بسکته وي (اکلورهایدریا) په سليمه تېپ کې هیڅ کله نه وي (ان د پنتاگاسترین د زرق سره) هم نه زیاتیرې. (۲۶)

۱۰ سلنې د گاستریک تېپ ناروغان د اثنا عشر تېپ هم لري چې پدوی کې د تیزابو افرازات د اثنا عشر د تېپ په اندازه وي. (۲۶)

ایچ پیلوری دمعدی تپ په مینځته راتلو کې غوره وندہ لري. په تیره په هغه کسانو کې چې دن ستروئید التهاب ضد درملو تاریخچه ونه لري. ګاستریک تپ په پنځه کلن ماشومانو کې چې په لومړي وخت کې یې ایچ پیلوری اتنان اخیستی وي پیداکېږي. که په دې عمر کې پیداشی د اتروفیک یا ځنډاني ګاستریتس لامل هم کېږي. د معدی تپ ناروغانو کې د ګاسترین کچه لبه لوره وي چې د تیزابود دافراز د کمولی بنودونکی دی. (۲۶)

په ګاستریک تپ کې معده په ځنډ سره تشیبې د اثناعشر د منځ پانګور ګورجتیشن بنايی د ګاستریک تپ په مینځته راتلو کې مرسته وکړي. نن ستروئید التهاب ضد درمل ۱۵-۲۵ سلنډ د ګاستریک تپ لامل کېږي. (۲۷)

#### کلینیکي بنه

درد د اثناعشر د تپ په شان په اپي ګاستریک ناحیه کې وي خوهير وصفی نه وي درد بنايی د خورلو سره لب او یا ډیر شي. زړه بدوالی او کانګکې په دې تپ کې بې د اختلاطه خخه زیات وي. په داسې حال کې د اثناعشر په تپ کې کانګکې د ګاستریک اوټ لیټ په بندښت کې وي د معدی تپ د اثناعشر د تپ په شان کیدا ډې شي بسې شي او یا بېرته وګرځی مرینه په دې کې د اثناعشر د تپ په پرتله زیات دی چې لامل ډې د ناروغانو عمر زیاتوالی، دھضمی لاری خخه دوینې بهيدل او د تبخیص وروسته والی دی. (۳)

#### درملنې:

د ایچ پیلوری د پیداکیدو خخه مخکې د پیپتیک تپ په درملنې کې داسې فکر کیده چې که تیزاب نه وي تپ به نه وي. خود تیزابو افرازیدل د پیپتیک تپ په منځته راتلو کې تراوسه پوري غوره وندہ لري. خود ایچ پیلوری ورک کول او د نن ستروئیدل التهاب ضد درملو له کبله د تپ د مینځ ته راتګ خخه مخنيوی د درملنې بنسته دی.

د پیپتیک السر په درملنې کې لاندې درمل کارول کېږي. (۲۲، ۳۵، ۳۷)

۱- د تیزابو افراز نهی کوونکی درمل (Acid antisecretory agents)

۲- د مخاط ساتونکی درمل (Mucosal protective agents)

۳- هغه درمل چې د ایچ پیلوري په له منځه وړلو کې کارول کېږي.

الف: د تیزابو افراز نهی کوونکی درمل

۱- پروتون پمپ نهی کوونکی (Proton pump inhibitor) PPi

دا درمل د تیزابو افرازونکی انتایم H,K-ATPase غیر فعالوي. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

ددې درملو د ژوند موده د یو ساعت خخه کمه خواجیزه بې د ۲۴ ساعتو خخه زیاته ده.

ددې درملو د خولی مستحضرات عبارت دي له: او میپرازول یا رابیپرازول

۲۰ ملي ګرامه، لنسوپرازول ۳۰ ملي ګرامه، ازو میپرازول یا پاتھپرازول ۴۰ ملي

ګرامه خخه. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

دغه درمل ۹۰ سلنډ خلورویشت ساعته د تیزابو افراز نهی کوي او د ایچ دوه رسپتور

بلاکر په پرتله ډير چټک درد غلى کوي.

ایچ دوه رسپتور بلاکر ۲۵ سلنډ خلورویشت ساعته د تیزابو افراز نهی کوي.

پې، پې، اى باید نیم ساعت مخکې د ډوبۍ خخه و خورپل شي (ډیری د سهار لخوا) هر یو

له دوى خخه دورخې یوچل ورکول کېږي چې ۹۰ سلنډ د اثنا عشر تېپ د خلور او نیو په

موده کې او ۹۰ سلنډ د معده تېپ د اتو او نیو په موده کې رغوي. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

پې، پې، اى د لنډې مودې درملنې لپاره بنه درمل دي خوداوردې مودې لپاره په ۳ سلنډ

رنځورانو کې د ګاسترین د کچې دلوړوالي ( $>500\text{pg/ml}$ ) له امله په انسانانو کې د

انتروکرومافین ژونکو د هایپرپلازیا لامل کېږي. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

د کلینیکي ازموینو له مخې د ۱۰ کالوراهیسې په انسانانو کې ددې درملو توکسي

سیتېي خرګنده شوی نه ده. د او بردې مودې لپاره کارول بې لب د ویتامین بی ۱۲ او سپنه

او د کلسیوم جذب خرابوي. (۲۶، ۳۵، ۳۷)

په پیتیک تېپ کې د او بردې مودې لپاره نه ورکول کېږي خو په جيرد کې کارول کېږي.

۲- ایچ دوه رسپتور اتنا ګونیست:

ایچ دوه رسپتور اتنا ګونست خلور مستحضراته لري. د شپې لخوا د خوب په وخت کې

یوچل ورکول کېږي. نومورې درمل عبارت دي له رانیتیدین یا نیزاتیدین ۳۰۰ ملی

گرامه، فاموتییدین ٤٠ ملی گرامه، سیمیتییدین ٨٠٠ ملی گرامه په غیر اختلاطی تپونو کې ورکول کېږي. (٢٢، ٣٥، ٣٧)  
دا شناشر تپ د ٢ او نیو په موده کې او د معده کې تپ د اتو او نیو په موده کې ٩٠-٨٥٪ رغوي. خلور واره يې بنه زغمل کېږي لبې اړخیزې اغیزې لري.  
سیمیتییدین يې د ینې د سایتوکروم پې ٤٥ میتابولیزم د نهی کولوله امله لب کارول کېږي او هم د تیوفیلين، وارفارین، لیپوکاین او فینوتوبین سره نه ورکول کېږي ځکه چې د دوی د سیروم کچه لوره وي او همدرانګه د تیونو د غتیدو او جنسی کمزوري لامل کېږي. (٢٢، ٣٥، ٣٧)

### ب: هغه درمل چې د مخاطې طبقی دفاعی غښتلتیا لوره وي

١- Sacralfat

داد سکروز المونیمي مالګه ده چې د تپ بیخ د پیپتیک ویجاړولو خخه ساتي یو گرام دورخې خلور خله ورکول کېږي د پنستورگو په ځنډنې بې وسی کې نه ورکول کېږي. (٢٢، ٣٥، ٣٧)

### ٢- بسموت لرونکي درملونه:

بسموت لرونکي درملونه د پیپتیک تپ د ناروغيو بنسټیزه درملنه ده چې د ایچ پیلوري په له مینځه ورلو کې د دوو انتی بیوتیکو سره ګډ ورکول کېږي.  
مستحضرات يې عبارت دي له Colloidal bismuth sub citrate، Bismoth subsalicylate (پیپتو بیسمول) ١٢٠ ملی گرامه دورخې خلور خله ورکول کېږي. (٢٢، ٣٥، ٣٧)

### ٣- پروستاګلاندین انالوگ:

Misoprostol پروستاګلانيدین ته ورته درمل دی. ٢٠٠ مايكرو گرامه دورخې خلور خله ورکول کېږي. اړخیزې اغیزې يې عبارت دي له نس ناستي او ابورشن خخه په اميدوارو او ماشوم زېبونکو میندو کې نه ورکول کېږي. دا د نن ستروئیدال التهاب ضد درملو تپونو د مخنيوي لپاره بنه درمل دي. (٢٢، ٣٥، ٣٧)

## ٤- اتنی اسیدونه:

پخوا دغه درمل د پیپتیک السر د ناروغانو په درملنه کې د تیزابو په خنثی کولو کې غوره وندہ درلوده خواوس نادرأً لومړنیو تیراپیوتیک درمل په توګه کارول کیږي. ناروغان بې په عمومي ډول د دس پیپ سیا د ګیلو له مینځه ورلو لپاره خوري. غوره اتنی اسیدونه عبارت دي له: د المونیم هایدروکساید او مگنیزیم هایدروکساید مخلوط او میلاتتا خخه. (٢٢، ٣٥، ٣٧)

المونیم هایدروکساید د قبضیت او د فاسفیت د کموالی لامل کیږي او مگنیزیم هایدروکساید ناروغتنه نس ناسته پیداکوي.

مگنیزیم هایدروکساید د پنستورگو په بې وسی کې نه ورکول کیږي او المونیم د پنستورگو د بې وسی په ناروغانو کې د نیوروټوکسیستیک لامل کیږي.

د کلسیوم کاربونیت پرلے پسی خورل د Milk alkalin سندروم (چې متصف دی په هایپرکلسیمیا، هایپر فاسفتیمیا، نفوکلسینوزس او د پنستورگو بې وسی باندی) او سودیم باي کاربونیت د سیستمیک الکالوزس لامل کیږي. (٢٢، ٣٥، ٣٧)

## ج: د ایچ پیلوری له مینځه ورل:

ټول هغه رنؤران چې د اثناعشر یامعدي بیېنی یا څنډنی تې لري او لامل یې ایچ پې وی د دوو اتنی بیوتیکو او یو پروتون پمپ نهی کوونکی یا بسموت سره درملنه کیږي. (٣٨، ٣٧)

د درملنې د دوام مسوده ١٤-٧ ورځې ده او اغیزه یې ٩٠-٨٥ ده. هغه اتنی بیوتیکونه چې د ایچ پیلوری د درملنې لپاره کارول کیږي عبارت دي له: کلیروترومایسین ٥٠٠ ملی ګرامه دورځۍ دوحله، اموکسی سیلین یو ګرام دورځې دوه ئله. که د پنسیلین سره البرژی شته وي نو میترونیدازول ٥٠٠ ملی ګرامه دورځې دوه ئلې ورکول کیږي. (٣٨، ٣٧)

پروتون پمپ نهی کونکی عبارت دی له: اومی پرازول یا رابی پرازول ۲۰ ملی گرامه دورخی دوه خله، لنسوپرازول ۳۰ ملی گرامه دورخی دوه خله، پاستوپرازول ۴۰ ملی گرامه دورخی دوه خله یا ازمی پرازول ۴۰ ملی گرامه دورخی یو خل ورکول کیری. که چیری استان دلومرنی درملنی دپلان سره دوا و موومی خلور درملونه یو خای د ۱۴ ورخول پاره ورکول کیری (بسموت سب سلیسالیت+ پی پی ای+ میترونیدازول+ تیتراسایکلین) (۲۷، ۲۶)

د ایچ پیلوری پوری ترلی قپ د درملنی رژیمونه:

لومپی رژیم:

۱- PPI د ورخی دوه خله.

۲- Klarithromycin ۵۰۰ ملی گرامه دورخی دوه خله.

۳- اموکسی سیلین Amoxicillin یو گرام د ورخی دوه خله. (۳۷، ۳۸)

دویم رژیم:

- پی پی ای د ورخی دوه خله

- ۱۲۰ ملی گرامه دورخی خلور خله. Bismoth Subsalicylate

- تتراسایکلین Tetracycline ۵۰۰ ملی گرامه د ورخی خلور خله.

- میترونیدازول Metronidazole ۲۵۰ ملی گرامه دورخی خلور خله. (۳۷، ۳۸)

دریم رژیم:

- Ranitidine Bismoth citrate دورخی دوه خله.

- کلیروترومایسین Klarithromycin ۵۰۰ ملی گرامه د ورخی دوه خله.

- اموکسی سیلین Amoxicillin یو گرام یا تتراسایکلین ۵۰۰ ملی گرامه یا

- میترونیدازول Metronidazole ۵۰۰ ملی گرامه دورخی دوه خله. (۳۷، ۳۸)

پی، پی، ای باید مخکی له ڈودی خخه و خورل شی.

د رژیمونود مودی د خلاصیدو خخه وروسته د تپ د بشپړ رغیدو لپاره په پرله پسی توګه ایچ دوه رسپتور اتناګونست یا پروتون پمپ نهی کوونکی دورخې یوخل ورکول کېږي.

### د ایچ پایلوري د تداوى استطبابات:

دمعدى او اثنا عشر تپ موجود وي، د هستولوزی له مخی گاستریک میتاپلازیا ثبیت شي، ملتوما شته وي، دمعدى اویا اثنا عشر قرحة چې دفعال اتان سره یوځای وي، داسپنی دلبوالی انيميا موجوديت چې د درملنې په وړاندې مقاوم وي.<sup>(٤٧)</sup> د نن ستروئيد التهاب ضد درملو له کبله د تپ درملنه:

الف: دفعال تپ درملنه:

۱- پې، پې، اى: داثنا عشر د غیر اختلاطي تپونو لپاره خلور اونۍ او د غیر اختلاطي گاستریک تپونو لپاره اته اونۍ ورکول کېږي.<sup>(٣٨)</sup>

۲- ایچ دوه رسپتور اتناګونیست:

داثنا عشر د غیر اختلاطي تپونو لپاره دورخې یوخل دخوب په وخت کې د ۲ او尼رو لپاره او د معدى د غیر اختلاطي تپونو لپاره سیمیتیدین ۴۰۰ ملي گرامه، رانیتیدین یا نیزاتیدین ۱۵ ملي گرامه، فوماتیدین ۲۰ ملي گرامه دورخې دوه خله د اتو او尼رو لپاره ورکول کېږي.<sup>(٣٨)</sup>

په اختلاطي تپونو کې پې، پې، اى ډير بنه درمل دي.<sup>(٣٨)</sup>

ب: د تپ د اختلاطاتو خخه مخنيوي:

۱- په زيات خطری ناروغانو کې (د پخوا خخه د تپ تاریخچه شته وي، د تپ اختلاط، عمر د ۲۰ کالو خخه زيات وي، نوري شدیدي ناروغۍ شته وي، کورتیکوستروئيد، اتي کواګولانت او نن ستروئيد التهاب ضد درمل اخيستي وي) د تپ د بیا مینځته راتګ خخه په لاندې توګه مخنيوي کېږي.<sup>(٣٧، ٣٨)</sup>

الف: پې، پې، اى دورخې یوخل

ب سیلو کوزب Celecoxib: لبوالسیروجنیک دی (د زړه او رګونو په ناروغیو کې نه ورکول کېږي)

ج: میسوپروستول Misoprostol ۲۰۰ مایکروگرامه د ورځی ۴-۳ خله.

۲- داوردې مودې پرله پسی درملنه:

په هغو ناروغانو کې چې ایچ پیلوری منفي وي اویا د ایچ پیلوری درملنه ناکامه شوې وي دټپ د بیا بیا مینځ ته راتګ دمخنیوی لپاره دورځی یو خل نیم یا بشپړ دوز PPI یا ایچ دوه رسپتور اتاكونست ورکول کېږي. (۳۸)

مقاوم تپونه :

مقاوم تپونه هغه تپونو ته ویل کېږي چې داتو اوئیو په موده کې د پروتون پمپ نهی کوونکو سره بنه نه شي چې لاملونه یې عبارت دي له: د درملو نه زعمل، سگرت خکل، د اسپرین او نورو نن ستروئید التهاب ضد درمل، زولینجر الیسن سندروم او خبیث تپونه.

ټول مقاوم او بیا راګرځیدونکي تپونه چې دنن ستروئید التهاب ضد درملو تاریخچه ولري او ایچ پیلوری منفي وي باید جراحی درملنه تر سره شي. (۳۷)

د پیپتیک تپونو اختلالات:

۱- دمعدې او کولمو وينه بهیدنه (Gastrointestinal Bleeding).

دمعدې او کولمود پورتنۍ برخې د وينه بهیدنې ۵ سلنډ لامل یې پیپتیک تپ ده چې د کلینیک له انه ۱۰ سلنډ کې بنکاره وينه بهیدې. نژدي ۸۰% کې وينه پخپله درېږي. (۱۵، ۳۷)

کلینیکي بنه:

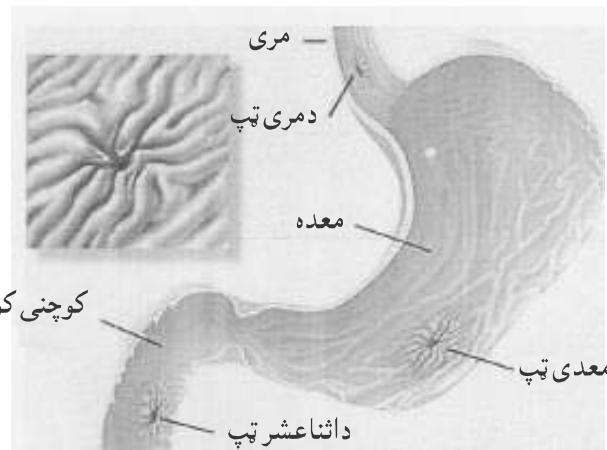
دمعدې او کولمود پورتنۍ برخې د بېړنې وينې بهیدنې کلینیکي خرګندونې د ناروغۍ د خامت، عمر زیاتوالی، په کانګو او ډکو متیازو کې دوینې شتون، هیموداینامیک ګډوډیو او نورو سختو ناروغیو شتون پورې اړه لري.

په ۲۰٪ پینسو کې درد (په تیره په هغه ناروغانو کې چې نن ستروئیدالتهاب ضد درمل اخلي) نه وي. (١٥، ٣٧)

داناروغى غوره نبى عبارت دی له: هیماتومیزس او میلانا خخه. په کانگو کې دوینې شتون ته وايی چې د تور چای يا قهوی ډوله رنگ (Caffee ground).

که ناروغ ته نازو گستريک تیوب واچول شي نو کافي رنگه يا تازه وينه په کې رائحي خو په ۱۶ سلنە هغه ناروغانو کې (چې د اثنا عشر تپ لري) په تیوب کې وينه نه رائحي میلانا په ډکو متیازو کې دوینې شتون ته وايی چې قیر ته ورته (Tarry stool) رنگ لري. (١٥، ٣٧)

په ډکو متیازو کې د تازه وينې راتگ ته وايی چې ډیری د معدي او کولمو د بسكتنى برخې وينې بهيدنې نبىه ده خود معدي او کولمو د پورتنى برخو په وينه بهيدنې کې هغه وخت وي چې وينه بهيدنې ډيره وي او یا د کولمو خوئښتونه چېک وي.



(٤٠) شکل کې د معدي او اثنا عشر تپونه بنو دل شويدي (٤٠)

هغه حالت ته وايی چې د هضمی جهاز خندنی وينه بهيدنې د ورځي د ۱۰۰ ملي ليترو خخه لبره وي چې د دې د پېژندلو لپاره Fecal occult blood مشبت وي او داوسپني د کمولالي د وينه لبری لامل کېږي. (١٥، ٣٧)

که دھضمی جهاز د وینی بهیدنی سرچینه د Ligament of teritz خخه پورته وي دھضمی جهاز د پورتنی برخی وينه بهیدنی پنوم او که ددی خخه بسکته وي دھضمی جهاز د بسکتنی برخی د وینی بهیدنی په نوم یادیږي. (۱۵، ۳۷) دفزيکي کتنو له مخې دھضمی جهاز د پورتنی برخی د وینی بهیدنی دشدت کچه په لاندې توګه ويشنل شوي. (۱۵، ۳۷)

۱- لړه وينه بهیدنه : پدي حالت کې ناروغ یو یا دوه خلې وينه کانګه کوي (۱۰) فيصده وينه یې له لاسه ورکړي د ناروغ عمومي حالت بسه وي او د زړه ضربان ، د وینې د فشار اندازه نارمل وي خوناروغ کله کله د لړې ستوماتیا خخه ګيله کوي. (۱۵، ۳۷)

۲- په منځنۍ کچه وينه بهیدنه : پدي حالت کې په کانګو کې د وینې د لاسه ورکولو کچه او کرات زيات وي (دا ناروغان ۲۰ فيصده وينه یې له لاسه ورکړي وي).

دوینې د فشار اندازه د ۱۰۰ ملي متره سیماب خخه لور د زړه ضربان یې په یوه دقیقه کې د ۱۰۰ خخه زيات وي ناروغ کې د وضعیتی فشار تیپوالی (د وضعیت بدلون سره دوینې فشار بدلون ته واي چې د Tilt test په نوم یادیږي یعنې کله چې ناروغ ستون ستاغ وضعیت خخه کښینې ۱۰ ملي متر سیماب فشار بسکته کېږي او په یوه دقیقه کې د نبض شمير ۲۰ ضربانه زیاتیږي) تکي کارديا ، د زړه ټکان او ګنګسيت شته وي. (۱۵، ۳۷)

۳- شدیده وينه بهیدنه : پدي حالت کې ناروغ ۴۰ سلنډ وينه له لاسه ورکړي وي ، د زړه ضربان چټک او د شمير لو ورنه وي. دوینې فشار د ۱۰۰ ملي متره سیمابو خخه بسکته ، يخه خوله ، د لاسونو او پنسو سورپوالی ، تنده او اوليګوپوریا شتون لري. د ناروغ عمومي حالت خراب او په شاک کې وي. سترګي یې نتوئي خاسف او نالارامه بسکاري. (۱۵، ۳۷)

دلاندی حالاتو شتون د هضمی جهاز د پورتنی برخی د وینې بھیدنې په رنځوارانو کې

دمې بنې خطر زیاتوی:

۱- زربنت: که دناروغ عمر د ۲۰ کالو خخه ډیر وی.

۲- د نورو ناروغیو (لکه سرطان، دھیگراو پنستورگو بې وسی) شتون

۳- شاک

۴- که په اندوسکوپیکه کتنه کې فعاله وينه بھیدنه اویا د لیدلو وړ رګونه شته وي.

۵- دویم خل وینه بھیدنه (۱۵، ۳۷)

لامبراتواری نبني:

هیماتوکریت دوینې بھیدنې یا درګ دلاري دمایعاتو د اخیستلو له کبله بنکته وي.

بې، یو، این په کوچنۍ کولمو کې دوینې دنایتروجن د جذبوالي او پري رینل ازو تیمیا له

کبله ډیر وی. (۱۵، ۳۷)

### لومړنی ارزیابی او درملنه

الف: دناروغ رغول(Stabilization)

په لومړي پړاو کې دناروغ هیمودا ینامیک حالت ارزیابی کېږي چې ایا وینه بھیدنې لې  
یا په منځنې ډول او یا شدیده ده. پس چورال هایپوتنسن او تکې کارديا دوینې دلاسه  
ورکول لپاره بنې ګټورې نښې دی خوبنایي چې بې له وینې بھیدنې خخه د کوم بل لامل  
له کبله هم وي. (۳۷)

د هیماتوکریت تاکل د بېرنې شدیدې وینې بھیدنې د خرگندولو لپاره ګټوره ازمونه نه  
ده حکه چې ۲۴-۷۲ ساعته وروسته درګ خخه د باندې مایعاتو پواسطه انډول  
برا بېږي. (۳۷)

که وینه بھیدنې شته وي ۱۸ ګیچه یا ددې خخه لوی وریدي لین اچول کېږي. یوه اندازه  
وینه لامبراتوار ته دوینې د بشپړ شمیرنې، پروترومبین تایم، اتېرنیشنل نارمالائز  
ریشیو (INR)، سیروم کرباتینین، دھیگر د دندو ازمونه، کراس میچ او دوینې  
ګروپ لپاره استول کېږي. (۱۵، ۳۷)

که چیرې په یو رنځور کې خرګند هیموداينامیک حالت خراب نه وي او فعاله وينه بهیدنه شتون ونلري نو د مایعاتو ورکول لپه بايد وئنه یېري تر خوچې د وینې بهیدنې د شدت اندازه نوره هم رونبانه شي (١٥، ٣٧)

که د ناروغ هیموداينامیک حالت خراب وي نوباید ٩٪ مالگین سیروم یا رنگرلکتیت سیروم ورکول شي اونادرأً دوینې ٠ گروپ ورکول کېږي. همدارنګه د مایعاتو ورکولو په وخت کې بايد د مرکزي وريدي فشار کنترول شي ناروغ ته نازوګستريک تیوب واچول شي. که په تیوب کې سره تازه یا تکه توره وينه راشي نو دفعالي وینې بهیدنې بسودونکې ده چې ديره زياته خطري ده که په ان جي تیوب کې وينه رانشی (اثنا عشر تیوب کې) خطره دير لپه دی (١٥، ٣٧)

د اندوسکوپي خخه ٣٠ دقیقې مخکې د رگ دلاري ٢٥ ملی گرامه اريترومايسين ورکول کېږي تر خوچې معده دوینې کلات خخه پاکه شي او افت بنه ولیدل شي. دوینې بهیدنې د دريدلو لپاره د مایعاتو پواسطه زيات معدهوي لوازد اسپريشن خطر پیداکوي د بیا بیا اسپريشن پواسطه د وینې بهیدنې دوام یا بیا بهیدل پیژندل کېږي. (١٥، ٣٧)

### ب: دوینې ورکول :

د مایعاتو او دوینې د محصولاتو دورکولو کچه د ژوند د نښو ، په نازوګستريک کې دفعالي وینې راتگ او لابراتواري ازمونو پوري اړه لري. دوینې خالص سري ژونکې تر هغه پوري ورکول کېږي تر خوچې هیماتوکريت ٢٥ - ٣٠ سلنډه ته ورسیږي. که چیرې پرله پسي وينه بهیدنه شته نه وي نو دوینې د خالص سرو ژونکو د هر یونت سره بايد ٤ سلنډه هیماتوکريت لورې شي. که چیرې فعاله وينه بهیدنه شته وي د هیماتوکريت د اندازې په نظر کې نیولو سره بايد ناروغ ته وينه ورکول شي. په فعاله وينه بهیدنه کې ترمبوسيت هغه وخت ورکول کېږي چې شمير یې د 50000/مل څخه لپشوي وي. (١٥، ٣٧)

که د پلات لیت دندہ داسپرین یا کلوبید و گرول سره خرابه شوی وي نو پلات لیت پرته دشمير په نظر کې نیولو سره ورکول کېږي. فريش فروزن پلازمما په هغه ناروغانو کې چې کواګولوپاتي شته وي او INR ۱.۵ د خخه زيات وي ورکول کېږي. که فعال تازه وينه بهيدنه شته وي د سروژونکو د هرو پنځو یوتیو سره یو یونټ Fresh frozen plasma ورکول کېږي (۳۷، ۱۵).

ج: د خطري فكتورونو د شتون له مخي د ناروغانو لوړمني ويشنه: د Resuscitation (بیا رغونه) لپاره ناروغان د خطري فكتورونو له مخي ډله بندی

کېږي چې نوموري فكتورونه عبارت دي له:

۱- د ناروغ عمر چې د ۲۰ کالو خخه زيات وي.

۲- دوينې بهيدنې خخه پرته د نورو طبي ناروغيو (لكه د حيگر، پنستورگو بسى وسی، او د سرطان) شتون.

۳- دوينې سستوليک فشار د ۱۰۰ ملی متره سيمابو خخه لپه او د زړه ضربان په یوه دقيقه کې د ۱۰۰ خخه پير وي.

۴- په نازوګستريک تیوب اویا مقعدی ازموينه کې فعاله تازه وينه شتون ولري.

۱- په چيرې خطر فكتورونه:

که چيرې په ناروغ کې خطري فكتورونه نه وي هيومود ايناميک حالت يې بنه وي دفعالي وينې بهيدنې نښې لکه (میلانا او هیماتومیزنس) په ۴۸ ساعتو کې نه وي، په نازوګستريک تیوب کې وينه رانه شي او لبراتواري ازمويني نارمل وي نودغه کسان د روغتون خخه د باندي ارزیابي کېږي. (۳۷، ۱۵)

۲- په چيرې خطر فكتورونه:

که چيرې خطری فكتورونه شته وي او هيومود ايناميک حالت خراب وي نو ناروغ باید په د سختې څارني یونټ (ICU) کې بسترشي او وروسته د احیا یې مجدد خخه د ۱۲ ساعتو په موده کې سمدلاسه اندوسكوپي شي. (۳۷، ۱۵)

### ٣- متوسط خطری فکتورونه

وروسته د احیایی مجدد خخه ناروغ دنبه تشخیص او درملنی لپاره په وارد کې بستر شي که بسکاره وينه بهیدنه شتونه ونه لري نوباید ۱۲-۲۴ ساعتو په موده کې اندوسكوبی شي. که په اندوسكوبی کې ولیدل شوچی دبیا وینې بهیدنې خطر نه شته د روغتون خخه يې دباندې درملنے کېږي. (١٥، ٣٧)

درملنې :

الف: طبی درملنې:

#### ١- د تیزابو افراز نهی کوونکی درمل:

پروتون پمپ نهی کوونکی درګ يا په لور دوز دخولی دلاري د درې ورڅو (٧٢ ساعتو) لپاره د تېپ هغه ناروغانو ته چې داندوسكوبی د ازمونې له مخې تر خطر لاندې وي (لکه فعاله وينه بهیدونکی تېپ، بسکاره رګونه او نښتی کلات) ورکول کېږي. پې، پې، اى پدې ناروغانو کې دوینې ترانسفیوژن او اندوسكوبیک درملنی اړتیاوی کموي. (١٥، ٣٧)

دلومړنی کامیابی اندوسكوبیک درملنی خخه وروسته او می پرازول ٨٠ ملي ګرامه درګ دلاري او بیا په هر ساعت کې ٨ ملي ګرامه د ٧٢ ساعتو لپاره د افیوژن په ډول ورکول کېږي چې دا دوینې بهیدنې خطر د ٢٠ - ٤٠ سلنې خخه کموي. خوازومی پرازول يا پاتټوپرازول د رګ دلاري لوړۍ ١٨٠ ملي ګرامه او بیا هر ساعت وروسته ٨ ملي ګرامه ورکول کېږي. (١٥، ٣٧)

او می پرازول د خولې دلاري (٤٠ ملي ګرامه دورخې دوه خله) په لور دوز ورکول د رګ د ورکړې اغیزه يې کوم تو پیر نه لري.

ایچ دوه رسپتور اتنا ګونست د بیرونې تېپ د وینې بهیدنې په درولو کې اغیزه نه لري.

#### ٢- داوبدې مودې لپاره د بیا وینې بهیدنې خخه مخنيوی:

يو پر درې ناروغان چې نه درملنې يې شوی نه وي ددرې کالو په موده کې يې بیا د تې خخه وينه بهیږي.

که وینه بهیدنه د ایچ پیلوری مثبت تپ له کبله وي نود ایچ پیلوری رینسہ ایستونکې درملنه د بیا بیا وینه بهیدنې خخه مخنيوی کوي. (۱۵، ۳۷)

په تول هغه ناروغانو کې چې وینه بهیدونکى تپ لري باید د ایچ پیلوری لپاره يې ازموينه وشي. که ایچ پیلوری مثبت وي نو باید ۸-۴ اوئیو لپاره اتنی بیوتیک تراپی شي درملنې خخه وروسته داتنان د ورک کيدو د خرگندولو لپاره يوریا بربیت يا فیکل انت جن تست ترسره شي اویا داچى دھستولوزیکو ازموینو دترسره کولو لپاره داندوسکوپی دلاري بايوپسي واخیستل شي. (۱۵، ۳۷)

هغه ناروغان چې پرله پسى ایچ پیلوری مثبت تپ لري اویا داچى تپ د ایچ پیلوری يا نن ستروئید التهاب ضد درمل له کبله نه وي نود بیا بیا وینه بهیدنې د مخنيوی لپاره باید د اوردې مودې لپاره دخوب په وخت کې ایچ دوه رسپتور اتناگونیست. لکه راتیدین ۱۵۰ ملی گرامه اویا پروتون پمپ نهی کوونکې دورخې یوخل ورکول کېږي. (۱۵، ۳۷)

### ب: اندوسكوپی:

د پورتنی هضمی لارې دوینې بهیدنې د تشخیص لپاره اندوسكوپی ډیره بنسه ازموینه ده چې ددې پواسطه ناروغری بنسه تشخیصیږي د بیا بیا وینې بهیدنې خبر ورکوي په زیات خطری ناروغانو کې د درملنې لپاره کارول کېږي. د باید د ۲۴-۱۲ ساعتو په موده کې ترسره شي. په شدید او فعاله وینې بهیدنې کې لوړۍ ناروغ بايد احیایي مجدد او هیمودینامیک حالت یې سم او بیا اندوسكوپی شي. د هغه ناروغان چې هیموداینامیک حالت یې بنه نه وي ۲۴ ساعتو لپاره د سختی خارنې یونت کې او د ۷۲ ساعتو لپاره په وارد کې بستر شي. (۱۵، ۳۷)

د هضمی لارې د پورتنی برخې د بېړنې وینې بهیدنې بنسه درملنه داندوسکوپی د لارې په وینه بهیدونکى برخه کې د اوبلن (1:10000) د اپی نفرین زرقول، تیرموکواګولیشن او اندوسكوپیک کلیپ دې. ددې درملنې ګټه داده چې د بیا بیا وینې بهیدنې خطر، د ترانسفیوژن او د جراحی درملنې اړتیاوی کموي او ۹۰٪ اغیزمن دی که په ګډه

اندوسکوپیک تراپی او د رگ دلاري پي، پي، اي وركولشي د بيا ويني بهيدنې خطر او د جراحۍ درملنه اړتیاواي کموي.

جراحۍ درملنه هغه وخت ترسره کېږي چې بيا بيا وينه بهيدنې وي او اندوسکوپیک درملنه بریالۍ نشي. (۱۵، ۳۷)

دمعدې د بهرنې فوخي بندښت (Gastric outlet Obstruction)

لاملونه:

۱- د اثنا عشر د تپ له کبله فبروتیک تنګوالی

۲- د پیلور کاناال پرسوب

۳- د اتروم سرطان.

(۳۸، ۳۷) Adult hypertrophic pyloric stenosis - ۴

کلینیکي بنه:

معمول ګيلې يې ژر مریدل، زره بدوالۍ، کانګۍ او وزن بايلل دي.

په پیل کې ناروغان د خورپو د خورپلو خخه وروسته د اپي ګاستریک د دروندوالۍ او ډکوالې خخه ګيله کوي. (۳۸، ۳۷)

ناروغ د چوچې خورپلو خخه يو ساعت وروسته کانګې کوي چې مینځ پانګه يې نيمه هضم شوي خواره وي. (۳۸، ۳۷)

په فزيکي ازموينه کې Gastric Splash د خورپو د خورپلو خخه خو

ساعته وروسته اوږيدل کېږي. د معدې استداري حرکتونه په ستړ ګولیدل کېږي.

اختلالات يې عبارت دي له ډیهايدريشن ، میتابولیک الکالوزس او هایپوکالیمیا خخه. (۳۸، ۳۷)

لابراتواري نسبې:

۱- د معدې د مینځ پانګې د وتلو سره د ډیهايدريشن او د سیروم کلورايد او پوتاشیم کمېږي.

۲- د سیروم د یوریا او باي کاربونیت کچه لوره وي.

- ٣- د پنستورگو د لاری دسودیم جذب زیاتیبوی او په ئای یې د هایدروجن ایون وزی چې دې ته پارادوکسیکل اسید یوریا وايی.
- ٤- که د معدی اسپریشن وشي (وروسته د یوپی شپی ولبی خخه) د معدی مینځ پانګکه د ۲۰۰ ملي ليترو خخه ډیره وي.
- ٥- اندوسکوپی هغه مهال ترسره کېږي چې معده د ان جي تیوب پواسطه تشه شي.
- ٦- دباریوم ازموینې نادرأً ترسره کېږي ټکه چې د تپ او کنسرتشخیص شکمنوی او بیرته ایستل یې گران دی. (٣٧، ٣٨)

درملنه:

- ١- معده د ان جي تیوب پواسطه تشیېري.
- ٢- دورید د لاری ډیهايدریشن او میتابولیک اسیدوزس بايد سم شي.
- ٣- په لوړیو خلورویشت ساعتو کې لې، تر لې، خلور لیتره ازموتیک سالین او 80mmol پوتاشیم کارول کېږي.
- ٤- کله کله تپ د پروتون پمپ نهی کوونکو پواسطه رغیږي پړسوب له مینځه ئې او د جراحی درملنى ته اړتیا کمېږي.
- ٥- نیمه گاستریکتومی وروسته د اوو ورڅو د معدی اسپریشن خخه ترسره کېږي تر څو چې معده بنه تشه او نارمل کچې ته وګړئي.
- ٦- د اوږدي مودې لپاره پروتون پمپ نهی کوونکي ورکول کېږي ترڅو د ستروم د سریشن خخه مخنيوی وشي. (٣٧، ٣٨)

### Zolinger Ellison's Syndrom (ZES) Gastrinoma

دایوه نادره ناروغری دې چې متصف دی په شدید پیپتیک السر، د معدی د اسیدی افرازا تو زیاتوالی او د پانکراس دنن بیتا ازلیت ژونکو تومور (گاسترینوما) باندې. دا سندروم د اثنا عشر د ټیپونو 0.1 سلنہ لامل جوروی داناروغری په دواړو جنسونو په هر عمر کې مینځ ته راتلای شي خو ډیری د ٣٠-٥٠ کالو تر مینځ پیښېږي. (٣٨)

**پتوفزیالوژی:**

دگاسترینوما خخه گاسترین افرازیبی چې دا دمعدى د دیوالی ژونکو خخه په لوره پیمانه د اسید ازادیدل هخوي او دھمدې ژونکو کتله ۲-۳ ځله زیاتوی. (۳۸) پنتاګاسترین د معدى د اسید افرازوبل هخوي خود بزل د پیمانی خخه نه لورېبې. (۳۸) داسید افراز دومره ډیر وي چې د کوچنی کولمو ترپورتنی برخې پورې رسیبې او پې ایچ بې د دوو يا دریو خخه نښکته کېږي پدې پې ایچ کې د پانکراس لای پیز اتزایم غیر فعالیبې او صفراوی اسیدونه رسوب کوي چې دا د عادی او شحمی نس ناستی لامل کېږي. (۳۸)

**پتالوژی:**

په ۹۰ سلنې پیښو کې تومور د پانکراس په سر يا داثناشر په نژدي دیوال کې پیداکیږي چې وروستی یې ډير معمول ئای دی. د تومور اندازه د یو ملي متر خخه تر شل ساتي مترو پورې رسیبې. یو پر درې خخه تر دوه پر درې یې خبیث وي. خو ورو ورو پر مخ ئې کله کله یو پر درې یې مخکی له تشخیص خخه ځیگر ته میتاستازس ورکوي. ۲۰-۲۰ سلنې ددې ناروغانو د پاراتائرؤئید او دنخامی غدى ادينوما لري. (۳۸)

**کلینیکي بنه:**

پیپتیک تیپونه شدید خودانې او په غیر معمول ځایونو لکه داثناشر شاتني بولبر، جیجینوم، یا مری کې پیداکیږي. تېپ د منلي درملنۍ په وراندي ځواب نه وايي. د ناروغى، تاریخچه لندې وي وينه بهیدنه او سوری کیدنه یې غوره احتلاطات دی. دا سندروم کله کله هغه وخت پیژنجل کېږي چې پیپتیک تېپ د جراحی درملنې خخه وروسته بیا مینځ ته راشي. نس ناسته یو پر درې یا ډیرو ناروغانو کې وي. په یو ناروغ کې ددې سندروم د شتون ګمان هغه مهال کېږي چې پیپتیک تیپونه شدید ایچ پیلوري

منفي، دن ستروئيدالتهاب ضد درملواخیستلو تاریخچه ونه لري او په باريوم ميل کې  
دمعدي مخاطي گونخى زبوي وي. (٣٨)

تشخيص:

۱- دلوبى په حالت کې د سیروم د گاسترین کچه د  $150 \text{ pg/ml}$  څخه لوره وي. د سیروم د گاسترین د کچي د معلومولو لپاره ناروغتہ ایچ دوه رسپتور بلاکونکي ۲۴ ساعته مخکي اويا پروتون پمپ نهي کونکي شپړ ورځي مخکي نه ورکول کېږي په منځني توګه د سیروم د گاسترین کچه  $500-700 \text{ pg/mL}$  وي خو په ۲۰ سلنډر نئورانو کې د  $1000 \text{ pg/mL}$  څخه بشكته وي. (٣٧)

۲- هاپوكلوروهايدريا:

د كلور د کموالي سره د معدي پي ایچ لورېږي چې د هاپر گاسترینيميا لامل کېږي. که چيرې د معدي پي ایچ د  $3 - 10 \text{ څخه لوره وي}$  نو په هاپوكلور هايدريا دلالت کوي او گاسترینوما ردېږي. (٣٧)

که د سیروم د گاسترین کچه د  $1000 \text{ pg/hr}$  څخه ديره وي او د اسید کچه هم ديره وي نو د زولينجر السن سندروم بنودنه کوي. که چيرې د سیروم گاسترین د  $-150$   $1000 \text{ pg/mL}$  څخه لپوي او د اسيدو افرازيدل هم لپوي نو زولينجراليسن سندروم بايد د هاپر گاسترینيميا د نورو لاملونو څخه د سكريتین ستيموليشن ازمونې په واسطه توپير شي. (٣٧)

سكريتین ناروغتہ د رګ دلاري دوه یوتېه نظر په وزن د بدن ورکول کېږي چې په  $30 - 2$  دقیقو کې د سیروم گاسترین د  $200 \text{ pg/mL}$  څخه لورېږي. (٣٧)

د زولينجر السن سندروم په ناروغانو کې بايد د پاراتائيرويد هارمون، پرولاكتين، فوليکول ستيمولاثينګ هارمون، ليوتينيزينګ هارمون، دودي هارمون کچي هم د مولتي پل اندوکراین نیوپلازما - ۱ د ردولو لپاره ولټول شي. (٣٧)

## رادیولوژی:

درادیولوژیکو ازمونیو پرمت د تومور لومرنی ئای، موضعی او میتاستاتیک تومور خرگندیبى.

لاندى رادیولوژیکی ازمونی د ناروغى د تشخیص لپاره پە کارول کىبى.

١ - Radio labeled somatostatin Receptor scintigraphy

٢ - د کوچنیو تومورونو لپاره اندوسکوپیک التراسوند

٣ - سی تی سکن اوام ار ای دلویو تومورونو لپاره. (٣٧)

## توبپري تشخیص:

گاسترینوما د کارسینوئید، انسولینوما، وي پوما گلوكagonوما او سوماستاتینوما

سره توبپري تشخیص کىبى. (٣٧)

## درملنه:

ئىزدى ديرش سلنە تومورونە كوچنى، يو او موضعى وي چې د جراحى درملنى سره لرى كىبى، خودىرى يې مولتى فوكل وي، ئىنى رنخورانو كې میتاستاتیک وي چې د جراحى درملنى وړنه وي. (٣٧)

د پروتون پمپ نهی كوونكى دوامداره ورکول ھيرى ناروغانو كې تېپ او نس ناسته بنه

كوي. دى ناروغانو تەد ورئخي ٢٠-٨٠ ملي گرامه ورکول کىبى.

ترکىبىي سوماستاتين، اكتريوتائيد دپوستكى لاندى زرقول كله كله د گاسترین ازادول

لړوي د ٢٠-٧٥ سلنە د ژوند موده پنخو كالوپوري وي.

تول ناروغان باید د مولتى پل اندوکراين نیوپلازيا ١ لپاره ولتول شى. (٣٧)

## (Dyspepsia) بدھضمی

پیژندنه:

د گیدې د پورتنى برخې د بیرنى، ھنلهنى، يا متکرر درد ياناراحتى تە وايىي چې او صاف يې عبارت دى لە: د گیدې د پورتنى برخې د کوالى، ژرمپيدلو، تىزايىت، سوئېيدلو، پېرسوب، ارگىي، زړه بدوالى او كانگو خخه.

دس پیپسيا ۲۵ سلنە په ھوانانو کې او ۳ سلنە په طبىي کارکوونکو کې وي او تزدى ۸۰ سلنە خلک دس پیپسیالرى. ((۲، ۳۷، ۳۲))

لاملونه:

### ۱- خواره او درمل

زيات خورل، چتىك خورل، زييات غور خورل د خفگان په وخت کې خورل، زييات شراب يا قهوه خبىل. نن ستروئيدالتهاب ضد درمل درملونه، اتسيي بيوتىكونه (ميترونيدازول او مکرولىد) د شکر درمل (ميit فورمين، الفاگلوكوسيدايز، او سپينه، كورتيكوستروئيد، داي گوكسين، اوپيات.

### ۲- دمعدى معايي لارود لومن د دندو خرابوالى.

پیپتىيك تې ۱۵-۵% جيرد ۲۰% دمعدى سرطان، ۱% گاستروپاريزيس (د شکرى ناروغرى)، لكتوز نه زغمل، پرازيتى اتنانانات لكه جارديا، سترانگوليدازيزس (۲).

### ۳- ايج پيلوري.

۲۰- ۵% ھنلهنى گاستراتيس چې لاملى يې ايج پيلوري وي د دس پېپسيا لاملى كىري.

### ۴- دپانكراس ناروغرى:

۵- دپانكراس ھنلهنى التهاب او سرطان

۶- دصفراوي لارو ناروغرى

د کولي ليتيازيس او کولي د کولي ليتيازيس دردونه د دس پیپسيا سره توپير لري.

٧- نوري ناروغى لکه ڏيابتىس، د تائير وئيد دغدى ناروغى، دپنستورگى ناروغى، مايوکارد اسکيميا، دگىدي دتە خباثت، دمعدى تاوىدل، هي ياتوس چوره، اميدواري.

٨- وظيفوي ڦس پيپسيا. دخنهنى دس پيپ سيا غوره لامل دي چې ارگانىك لامل نه لري. (٣٦، ٣٧)

**كلينيكي بنه:**

داناروغ څخه بايد دناراحتى ئاي، ځنډيتوب، ڪرڪتر، دخور و سره اړيکې، د الكولو، کافي، رومي، کورنى، افتصادي او ټولنيزې ستونزې، خفگانونه، واده، طلاق، وزگارتيا، يوازيتوب، جنسى خواهشاتو، داتي اسييدو سره دغلې كيدو په اړونده پونتنه وشي. (٣٦، ٣٧)

که د دس پيپ سيا سره وزن کميدل، دوامداره کانګې، ثابت يا شدید دردونه، انيميا، دسفازيا، وينه لرونکى کانګې، ميلانا، زربنت (عمر د ٥ کالو څخه ډير وي) مل وي د دس پيپسيا د خرابونبو بشودونکي دي چې بايد ژر تر ژره اندوسکوپي يا دگىدي راديوكرافى تر سره شي. (٣٦، ٣٧)

### **د گېډي درد: (Abdominal Pain)**

دا دھضمی جهاز دناروغيو غوره گيله ده چې د گېډي دنسوی عضلات او د غرو د ڪپسول د ڪشيدلو څخه پيدا ڪيږي. د گېډي د درد په اړوند بايد دناروغ څخه دھاي، شدت، ڪرڪتر، دوام، تشدیدونکي او ارامونونکي فكتورونو او نورو اضافي گيلو په اړوند پونتنه وشي.

**د گېډي دردونه څلور ډوله دي:**

**١- حشوی دردونه:**

داحشاو درد پريکوونکى او سوزيدونکى نه وي. دا درد د غرو د پراخوالى، تقلص، تاوئيدلو او ڪشيدلو څخه پيدا ڪيږي. دخانګري غرو درد په عمومي ډول د گېډي د منځنۍ ليکي لپاسه وي. (٣٨)

## ٢- جداری دردونه :

د جداری پریتوان د سوماتیک عصابو په واسطه اروا شوی چې دالتهاب، اتسان او نیوپلازم له کبله یې درد پیدا کیږي. دردونه یې تیز موضعی او اړخیزوی. (٣٨)

## ٣- لیپردیدونکی دردونه :

د صفراوي کھوړی د ناروغیو دردونه په شا او د اوږدی خوکې ته خپربری. (٣٨)

## ٤- سیکوجنیک دردونه :

کلتور، خفگانونه او تولنیز فکتورونه د ګیډې د درد لامل کیږي. که چیرې د ګیډې د دردونو لپاره کوم ارگانیک لامل پیدا نه شونو بايد د عصبی دردونو خواته پام وشي. (٣٨)

## د ګیډې حاد درد

د ګیډې حاد دردونه د جراحی د پینسو ٥ سلنہ جوروی چې لاملونه یې عبارت دي له:

## ١- التهاب :

دا دردونه ورو ورو د خو ساعتو په موده کې پرمختګ کوي. لوړۍ لې خپوروي خوکله چې د جداری پریتوان اخته شو موضعی کیږي. د حرکت سره ډیربری، ګیده کلکه او شخه وي

لاملونه یې عبارت دي له اپنديسايتس، داي ويرتيکولايتس، کوليسيستايتس، د حوصلی التهابي ناروغی، پانکراتايتس، پیالونفرايتس او د ګیډې د تنه ابسو خخه.

(٣٨)

## ٢- سوری کيدل.

دا دردونه د یو غړي د سوری کيدو خخه ناخاپه پیلیږي، درد یې شدید وي او پریتونیتس ورکوي. لاملونه یې عبارت دي له پیپتیک ټپ، سوری کيدل، د تخدمانو د کیست او د ابهرد انیوریزم د خیرې کيدو خخه. (٣٨)

## ٣- انسدادی دردونه :

انسدادی دردونه کولیکی وي. ناروغان يې د درد په وخت کې تاوراتاویږي. که چیرې کولیکی دردونه ثابت شي او د دردونو تر مینځ د اراميدو پړاونه وي. تبه، تکي کارديا او لوکوسایتوزس ورسره مل شي مانا يې داده چې التهاب ورسره یو ځای شوی. دکولیکی دردونو لاملونه عبارت دي دکولمو، صفراوي او بولی لارو د بندیزونو څخه. د ثابت دردنو لاملونه عبارت دي له سترانګولیتید چوره، کولاتجیتس او سلفنجیتس څخه. (٣٨)

## د ګیډې د حاد درد تاریخچه او پلتني:

- ١- که د اپي ګاستریک ناحیي درد د دس پیپ سیا او خورو سره اړیکې ولري نو د معده او صفراوي ناروغیو بنودنه کوي.
- ٢- که د ګیډې درد ناخاپه پیل شي نو د اثنا عشر د تپ د سوری کيدو، دابهر د انیوریزم د خیرې کيدو، د تخدمانونو د کیست د تورشن او د حاد پانکراتایتس بنودنه کوي.
- ٣- د شاه درد په پانکراتایتس، دابهر د انیوریزم په خیرې کيدلو، او د بولی لارو ناروغیو کې وي.
- ٤- که د ګیډې درد د کانګو سره یو ځای وي د کولمو د بندبنت بنودنه کوي. همدارنګه د کانګو د مینځ پانګې (وينه، صفرا، د کوچنۍ، کولمو مینځ پانګې) په اړوند هم بايد پونښنه وشي.
- ٥- که د کولمو عادت بدل شوي وي، مقعدی وينه بهیدنه او بندبنتی نښې شتون ولري نو بايد د باريوم د امالۍ، د سگموئيدسکوبې او د کولونو سکوبې سپارښته وشي.
- ٦- که د ګیډې درد د چوپه خورپلو سره زیات شي او د اتیروسکلیروزیس نښې شتون ولري نو د میزاستریک د اسکیمیا بنودنه کوي.
- ٧- د ګیډې د پر له پسى درد لپاره بايد د غټو او کوچنیو کولمو ناروغی ره شي. که ناروغ خوان وي کله اسهال او کله قبضت ولري او د ګیډې درد د چکو متیازو کولو سره غلی شي نو د ایریتیبل باول سندروم بنودنه کوي.

٨- كە درد دگىلەپە پەپورتنى بىرخە كې وي د شاھ خواتە خپورشى، د ناروغ وزن كم شوى وي، نس ناسته ولرى او دالكولود خېلىوتارىخچە شتە وي نود ھنلەنى پانكرااتايىتس بىسونە كوي.

٩- دگىلەپە دېنىي پورتنى كودراتن دردونە دصفراوي كخورپى، دصفراوي لازو ناروغى، هىپاتيتىس او د ئىڭىرپە احتقان كې وي او كله كله دپېتىك تېپ درد ھم ھمىدى ئاي كې وي. ھمدارنگە پەروغۇ بىسحۇ كې دگىلەپە ھنلەنى دردونە دكولموپە وظيفوي ناروغىي كې وي.

١٠- كە دگىلەپە درد پە كىنالياك فوساكى وي نودابە دكولون سرچىنە لرىي لكەپە حاد داي ورتىكولايىتس كې.

١١- دگىلەپە دېنىكتىنى بىرخې ھنلەنى دردونە دكولموپە وظيفوي توششاتو كې وي. پە بىسحۇ كې دگىلەپە دېنىكتىنى بىرخە كې نسايىي دردونو پورپە اپە لرى.

١٢- دگىدىپە بىنى بىنىكتىنى الياك فوسا كې ھنلەنى درد د ھنلەنى اپندى سايتىس لە كبلە وي.

١٣- كە د فلانك بىبابىا دردونە وي او بولى كىلىپە ورسە يوئىاي وي نود پنستورگو او حالبۇنو د تىپو لپارە بايد پلتەنە وشى.

١٤- كە دگىلەپە درلپارە كوم ارگانىك لاملىپىدا نەشوا او ناروغ دسيكالولژىك ناروغىي تارىخچە ولرى، ازمۇينې يې نارمل وي نو سىكالولژىك دردونە بىسىي.

(٣٢، ٣٨)

فرىكىي ازمۇينې:

دناروغ حالت وكتل شى چې ايا ناروغ بىكارى او كە نە.

كە چىرىي ناروغ ھير مايىات دپريتوان پەتشە كې او دكولموپە لومۇن كې ضايع شوى وي نود ناروغ پوستكى خاسف، ياخ، نبض به يې ضعيف او چېپك وي. ناروغ بە هايپوتينشن ياشاك كې وي. (٣٢)

**دگیدې فریکی کتنی:**

- ١- لیدنه: دناروغپه گیده کې بايد پرسوب، سکار یا کتلە ولیدل شى.
- ٢- جس: دناروغ گیده بايد دشخوالى، حساسىت لپاره جس شى کە دناروغ گیده حساسە، شخە او كلکە وي د پریتونیتىس بىودنە كوي.

**دکولمو اوازونە:**

كە اوازونە لور و اوريدل شى د کولمو انسداد بىودنە كوي او كە وانه اوريدل شى نود اليوس او د سترانگوليتىد اسکيمىيا دلالت كوي. (٣٦)

**دھوصلى او ریكتوم فزیکي کتنی:**

دھوصلى ازمۇينى د نسا يى ناروغىيۇ پە پىژندلۇ كې كوم چې د گىدى د حاد درد لاملىكىي مىرىتىد كوي لە د ايكتوپىك حاملگىي رېچر. (٣٦)

**سگمۇئيدوسكوبى:**

كە نس ناستە د گىدى د حاد درد سره يوئىاي وي د لامل (سلمونيلا، كامپيلوبكتر، شگىلا) د موندلۇ لپاره بايد سگمۇئيدوسكوبى او د چىكى مەتىازو كرنە تى سره شى. (٣٦)

**دخولى كتنە:**

پە ئىينو پىينىو كې زې باردارە او تنفس بىدبوىيە وي. (٣٦)

**تودو خە:**

پە حاد التھابي ناروغىيۇ كې تېبە وي. (٣٦)

**تشې مەتىازى:**

تشې مەتىازى بايد د وينى، گلوکوز، كىتون بادى، پروتىن او لوکوسىت لپارە معائىنە شي. (٣٦)

**پلتەنى:**

د گىدى د حاد درد دلامل موندلۇ لپارە بايد لاندى پلتەنى وشى.

١- دوينى بشپە شميرنە: پە التھابي پىينىو كې لوکوسايتوزس وي.

- ۲- دسیروم دامیلیز لوروالی په پانکراتایتس کې وي.
- ۳- د سیروم یوریا او الکترولايت د یهایدریشن لپاره.
- ۴- اکسری: دسینی په رادیوگرافی کې دنبی دیافراگم لاتدې د ازادې هوا خیال شتون د معدی او کولمو سوری کیدو بسوندنه کوي.
- ۵- په خوانو بسخو کې په تشو متیازو کې د امیدواری ازموینه.
- ۶- اندوسکوپی
- ۷- کولونوسکوپی
- ۸- د گیډې په التراسوند کې د صفراوی کھورې ناروغی لکه کانی کولي سیستایتس، کولانجیتس، د پنستورگو او حالبونو تیرې، د پستو انساجو کتله، د گیډې د ته ابسو.
- ۹- رادیوکنترست ازموینې: دخولی یا د مقعد دلاري د کولمو میخانیکی او دروغجن انسداد د تشخیص او توپیری تشخیص لپاره.
- ۱۰- سی تې سکن: د پانکراتایتس، د پریتوان شاته د مایعاتو ټولیدل، د کتلې او دابهر د انیوریزم لپاره.
- ۱۱- انجیوگرافی: د میزاتریک اسکیمیا د تشخیص لپاره.
- ۱۲- لپراسکوپی: که د گیډې د بېړنې درد لپاره د ازموینو دلاري کوم لامل پیدانه شونو تشخیصی (استکشافی) لپراتومی ترسره کېږي (که عمر د ۵۰ کلو خخه زیات وي اپنديكتومي هم ترسره کېږي). (۳۲)
- د گیډې ځنډاني او پرله پسي دردونه:
- د کولمو خخه د باندې د گیډې د ځنډاني دردونو لاملونه:
- ۱- د پریتوان شاته: د ابهر انیوریزم، خیشه ناروغی، لمف ادینوپاتی، ابسی.
- ۲- سیکوجینک: روحی فشارونه، خفگانونه.
- ۳- لوکوموتور: په شمزیبو باندې فشار، د گیډې د عضلاتو کشش.
- ۴- میتابولیک او اندوکراینی: د شکرې ناروغی، ادیسن ناروغی، هایپرکلسیمیا.

٥- درملونه او توکسینونه: الکول، کورتیکوستروئید، ازاتایوبورین.

٦- هیماتولوژی: سیکل سیل ناروغی، هیمولایتیک ناروغی.

٧- نیوروولوژیک: راڈیکالولپاتی، تابیس دورسالیس (٣٨)

### د گیڈی ٹابت دردونه:

د گیڈی د ھنڈینو پرلہ پسپی او ٹابت دردونو لاملونه عبارت دی له:

۱- دمعدى، پانکراس، کولون او خیگر سرطانی ناروغی.

۲- د گیڈی ھنڈنی وظیفوی دردونه چې ازمونی پی نارمل وي او د عصبی ناروغیو تاریخچه هم ولري نوددي لپاره کیتامین، گاباپنتین، امی ترپتالین او اوپیات ورکول کیری. (٣٨)

### Functional or Non Ulcer Dyspepsia (NUD)

که چیری په دریو یا زیاتو میاشتو کې د دس پیپ سیا (د گیڈی د پورتنی برخی درد او ناراحتی) لپاره کوم عضوی لامل پیدانه شونو د وظیفوی یا تپ نه لرونکی دس پیپ سیا (NUD) پنوم یادیږي دا وروسته د Irritable Bowel سندروم خخه ډیره زیاته ده.

ثردی ٢٥% خلک په کال کې ٢ خلده د گیڈی ناراحتی لري چې یوازي ١٠ - ٢٠% پیپ داکترته ورخی وظیفوی دس پیپ سیا د دس پیپ سیا ٢٠% جوروی داناروغی سلیم پر مختگ کوي. لړشمیر ناروغانو کې چې ایچ پیلوری پی مثبت وي یا نن ستروئید التهاب ضد درمل اخلي نود تپ خواته پر مخ تگ کوي. د وظیفوی دس پیپ سیا ھینې پیښې دمعدى معایي د پخوانیو اتسانا تو خخه پیدا کیري خو ډیری ناروغان عصبی ستونزې، فشارونه او خوپونه زغم لري. ((٢٢، ٣٢))

### د وظیفوی دس پیپ سیا سب ګروپونه:

۱- Ulcer like Dyspepsia : درد او دس پیپ سیا د گیڈی په پورتنی برخه کې وي.

۲- Dysmotility like dyspepsia : بى درد دس پیپ سیا او نارامی د گیڈی د

پورتنی برخی په مرکز کې وي. (٢٢، ٣٨)

### کلینیکی موندنی:

ڇیری ناروغان چوانان (د ٥٠ کالو څخه کم عمر) وي په بسحؤ کې د نارینوو په پرتله دوه ځله زیاته ده.

د ګیډي درد، ژرژر مریدل، نفح باد او زړه بدوالی وروسته د ډودی خورلو څخه وي. ګیلې (درد او زړه بدوالی) ډیری د سهار لخوا کله چې ناروغ د خوبه وینسپری وي. دا ګیلې بنایي د پیپتیک ټپ ناروغانو کې هم وي. که ناروغان زاره وي نوباید ګیدې خبیشې ناروغی هم له پامه ونه ويستل شي. فزیکی ازمونې نارمل وي د ناروغانو وزن لې شوی نه وي.

روحی ستونزې او خفگانونه لري. په اميدوارو بسحؤ او الکولیستانو کې کانګې د سهار لخوا وي. (٣٨، ٣٢)

### دزره سوھيدل: (Heart Burn)

دزره سوھيدل د ګاستروازوفاژیل ریفلوکس لومړنۍ ګیله ده چې د Acid bitter bleaching Sour stomach ، Indigestion ، regurgitation نومول کېږي. (٤١، ٤١)

ناروغ د ټپرد هېډوکي شاته سوھيدل، ګرمیدل او تیزابې والی احساسوی او شدیدو حالاتو کې درد هم ورسره مل کېږي. (٤١، ١)

دزره سوھيدل لومړی د مری، په بسکتنی برخه کې پیلیږي ورو ورو پورته خواته د ټپرد دهه وکي شاته، غارې، کله کله شاته او نادرأ او بېټه خپرېږي. (٤١، ١) داتتي اسيد، سودا او شيدو خورلو سره غلې کېږي. کله کله دزره د رګونو د ناروغيو د دردنو سره غلطېږي. (٤١، ١)

دزره سوھيدل د معده د تیزابو، صفرا او د پیپ سین د بیترنې ګرځون له کبله چې د مری د بسکتنی معصرې د بې وسې، یا د ګیډي د ته د فشار د لوروالی له امله وي مینځته راخېي که دزره سوھيدل د واټر برش سره یوځای وي داشناشر تپو ته پام کېږي، دزره سوھيدل، د اميدواري او چاغوالې سره زیاتېږي. (٤١، ١)

### دخورو نه زغمل: (Food intolerance)

دخورو نه زغم د خورو د هفو ارخیزو گیلو خخه عبارت دی چې معافتیي (امیونولوزیک) مینځ ګړتیاپه کې نه وي. داد فارمکالولوزیک (ھستامین، تایرامین یا مونوسودیم گلوتامیت) میتابولیک (لکتیز فقدان) یا د نورو میکانیزمونو لکه توکسین (سکروم بروئید کب خورلو خخه) یا د کیمیاوی موادو له امله مینځ ته رائی. همدارنګه ھستامین په رومیانو او ھمکنی توت کې وي. (٣٢، ٣٨)

۱- دنیم سردرد: دادھینو خوراکی توکو (لکه چاکلیت، پنیر، الکول) دخورلو خخه پیداکیږي. دا خواره یو ہول امین لري چې تایرامین نومیرې. مونوامین اکسیدیز نهی کونکی ددی امین په میتابولیزم کې ونده لري هغه کسان چې دا انزايم لري نیم سردرد په کې پیداکیږي. (٣٢، ٣٨)

### Irritable Bowel Syndrome (IBS)-٢

دھینې خورو (لکه غنم) خخه مینځ ته رائی. (٣٢، ٣٨)

### Chines restaurant syndrome -٣

په چینایي خورو کې مونوسودیم گلوتامیت دی چې دخورلو خخه وروسته سربدالي، زړه بدوالی، خوله، دټیټر درد او کمزوري مینځ ته رائی. (٣٢، ٣٨)

### ٤- فینايل کیتون یوریا (Phenylketonuria)

دخورو دنه زغم یو ہول دی چې فینايل الاتین هایدروکسی لیز دنشتوالي خخه پیداکیږي. دغه اترایم غذايی فینايل الاتین میتابولیز کوي. (٣٢، ٣٨)

۵- دلکتوز نه زغمل: دانسان شیدې ۲۰۰ ملي مول لکتوز لري چې مخکې له جذب خخه په کولمو کې د لکتیز اترایم پواسطه په ګلوكوز او ګلکتور باندې بدليږي.

په لوړنۍ لکتیز فقدان کې د جیجینوم د میوکوزا مارفولوزی نارمل وي اوپه دویمي کې دھینو ناروغیو له کبله لکه سلیاک، وايرل ګاسترواٹرایتس کې د جیجینوم د میوکوزا مارفولوزی ويچارېږي. غیر هایدرولیز شوي لکتوز کولون ته دته کېږي چې

دکولمو د بکتریا و دتخمری کړنې پواسطه هغه په لنډه ځنځیر لرونکي شحمي اسیدونو هایدروجن او کاربن داي اکساید باندي بدليږي. (٣٦، ٣٨)

### کلینيکي موندنې:

ډيرى خلکو کې لكتيز فقدان بېخې بې ګيلۍ وي خو په ځينو کې وروسته د شيدو خورلو خخه د ګيدې کوليکي دردونه ، پرسوب، باد، دکولمو او ازاونه، او نس ناسته پيداکيږي چې د اي، بي، ايس سره غلطېږي. که ناروغښه ارزيابي شي او شيدې پري بندې شي بنايې ناروغښه شي. تشخيص يې د هایدروجن بریت ازمونې پواسطه کېږي. د درملني لپاره د خورلو خخه لكتوز لري شي. (٣٦، ٣٨)

### دمعدى او کولمۍ ګازې سندروم (Gastrointestinal Gas syndrome)

په نارمل حالت کې دکولمو د ګازاتو اندازه ديو شخص خخه بل شخص ته توپير لري نارمل اندازه يې د ۲۰۰ مللي ليترو خخه لبه ده. (٤١) په کولمو کې پنځه ډوله ګازات دي (نايتروجن، اکسيجن، کاربن داي اکساید، هایدروجن، میتان) دا ګازات له دریو لارو خخه پيداکيږي. (٤١)

#### ۱- دهوا تيرول :

په معده کې د ګاز سرچينه تيره شوي هوا ده چې دورڅي خو ليتره نايتروجن په معده کې ئاي په ئاي کېږي کله چې نايتروجن دمعدى خخه کولمو ته تيرېږي په کولمو کې نه جذبيږي نوئکه ډيرى تيره شوي هوا د ارګمي په ډول بيرته راوزي. (٤١)

#### ۲- دکولمو په دته کې د ګازاتو سرچينه:

دکولمو په دته کې درې ډوله ګازات جوړېږي (هایدروجن، کاربن داي اکساید، میتان). کاربن داي اکساید د هایدروجن دا یون او دبای کاربونیت د یوځای کيدو او د تراي ګلسرايدو خخه چې کله په شحمي اسیدونو باندي بدليږي تولیدېږي. (٤١) دهایدروجن ايون په کولمو کې په کاربوهیدریتو، پروتینونو او امينواسیدونو باندي د بکتریا و د تخمری کړنې له امله جوړېږي. (٤١) میتان دهایدروجن دا یون په شان د بکتریا و د میتابولیزم له امله جوړېږي. (٤١)

٣- دکولمو دلومن او دوینې تر مینخ دگازاتو بدلۇن:  
كارين داي اكسايد، ميتان، نايتروجن او اوکسیجن په پاسيف توگە دلومن او وينې تر  
مینخ بدلېرىي. (٣٠)

دكلينيك لە نظرە د گازاتو ستونزى:

ارگمى (Belching)

دمعدى يا مرى خخە په ارادى يا غير ارادى ھول د ۋەدى خورلۇپە وخت اويا وروستە  
دگازاتو ازادىدلىتە وايى. داھغە وخت پيدا كىپىي چې دمرى بىكتىنى، معصرە استرخاء  
و كېرى. ارگمى يوه نارمل عكىسى دە چې دمعدى معايىي سىستم دناروغىي بىسۈدە نە  
كوي. (٣٧)

پە كمزورو خلکو كې دمعدى تول گاز تىرە شوى هوادە. دھرى مىرى د تىرولو سره ٥-٢  
 ملي ليترە هواتىريپىي چې دكىيەپى دنارامى، پرسوب، درد او باد لاملى كىپىي.  
دادچىتك خورلۇ، ژاولۇ ژوولۇ سىگرت خىكلۇ او كاربۇنيت لرونكۇ مشروباتو سره  
پيدا كىپىي. پە تشوش خلکو كې زيات وي.

دارگمى لپارە هغە وخت پلتەنې ترسە كىپىي چې دسفاشيا، زەپ سوھيدل، كانگى او ژر  
ژر مېيدل ورسە مل وي. اتىي اسىد او سىمييتكان ورکول كومەكتىھە نە لرى. (٣٧)

باد (Flatus)

دنفخ او باد اندازە دمقدە دلارى ديو سرى نە بل سرى تە توپىر لرى چې پە ورخ كې د  
٢٠٠-٢٠٠٠ ملي ليترو پوري وي. (١، ٣٧)

نفخ او باد پە كولمو كې دتىري شوى هوا اوپە خوراکى توکو باندى دېكتريياو دتخمرى  
كېنى لە كبلە پيدا كىپىي. همدارنگە نفخ او باد پە سو جذب سندروم، لكتوز نە  
زغمل، اى بى ايىس، نن السرە يىپىپىسىا او دكولمو پە انسداد حالت كې ھم  
وي. دكولمو او زونە دكولمو پە او بى دو كې دمايىعاتو او گازاتو دخوئىبىت خخە پيدا كىپىي.

هغه خواره چې د نفخ او باد لامل کیرېي عبارت دي له فرکتوز، لکتوز، سوربیتول، نشاپسته، نخود، براکولی، گلپی، کرم، پیاز او کافی خخه. (١، ٢٢)

هغه ناروغان چې د وامداره گیلې لري بايد نشاپسته او نور فایبرلرونکي خواره ونه خوري فعال کارکول د گیلې باداراموي سی میتیکان کومه گټه نه لري. خورو شحم بايد کم کړل شي ترڅو چې د کولمود ګاز کلیرانس و ځنډېږي. (١، ٣٧)

## د Dyspepsia تشخيص

### ۱- اندوسکوپی:

د پورتنی هضمی لارې د ارگانیک ناروغیو د موندلو لپاره تاکلې ازمونینه ده چې د رادیوگرافی په پرتله ډیره بشه ده. (٣٢، ٣٧)

### ۲- عمومي لارې چاري:

تول هغه دس پیپتیک ناروغان چې عمر یې د ٥٥ کالو خخه لې دی او اختلاط یې نه وي ورکړۍ په لومړي پړاوکې بايد د ایچ پیلوری (Urea breath test, Fecal antigen) (٣٢، ٣٧) لپاره پلته وشي. (IgG serology)

سیرالوزیکې ازمونینې اسانه او ارزانه دی خولې اربښت لري که ایچ پیلوری منفي وي او د نن ستروئید التهاب ضد درملو خورلوا تاریخچه ونه لري نو پیپتیک تپ ردېږي.

ډیرې ایچ پیلوری منفي ناروغان چې وظيفوي دس پیپسیا لري او د غیروصفي ریفلوکس ناروغان د ٤ او نیو لپاره د پې، پې، ای سره درملنه کیرېي. که د درمل د پرینسودلو سره گیلې بیا پیدا شي په دوامداره توګه پې، پې، ای ورکول کیرېي. که ایچ پیلوری مثبت وي ٩٠ سلنې خخه پورته ناروغان د ایچ پیلوری د درملنې سره بشه کیرېي او د لس سلنو خخه لې رنځوانې وظيفوي دس پیپسیا لري. (٣٢، ٣٧)

که د ایچ پیلوری د ورک کولو سره گیلې بېرته بابېرې وکړي نو پې، پې، ای په دوامداره توګه ورکول کیرېي. که د لومړنيو لارو چارو سره د دس پیپسیا گیلې ورکې نه شوې نو د دس پیپسیا د نورو لاملونو د موندلو لپاره بايد هڅه وشي. (٣٢، ٣٧)

**Dyspepsia درملنە:**

**الف: عمومي اهتمامات:**

د ناروغانو خخە بشپړه تاریخچه واخیستل شي او په ډاکتر باندي باوري شي. په کولمو باندي دسيکاللوزيک فكتورونو اغيزي وڅيرل شي.  
د ډیرو ناروغانو لبې او پرله پسې ګيلې ناروغ ته د تسلی ورکولو او دژوند د ترتیب بدلو لو سره بنه کېږي. د خورو بندیز کومه ګتهه نه لري خوبیا هم شراب، کافین، غورین خواره لبې یا بیخی ودرول شي. د درد د زیاتیدو لپاره د ناروغ خخە ده ګه د ورځني خورو او روحي تولنیزو ستونتزو پونتنه وشي. (٣٧، ٤١، ٢٥)

**ب: فارمکاللوزيک درمل:**

سره له دې چې درمل په وظيفوي دس پیپسیا باندي کومه اغيزه نه لري خوبیا هم دوه پردرې ناروغان د درملو سره بنه کېږي. (٣٧، ٤١، ٢٥)

PPi - ۱

۱۰- ۱۵% دس پیپسیا او ریفلوکس ډوله دس پیپسیا (زړه سوی) د پې، پې، ای سره بنه کېږي. او می پرازول، ازومی پرازول، رابی پرازول ۲۰ ملی ګرامه، لنسوپرازول ۳۰ ملی ګرامه یا پاتسوپرازول ۴۰ ملی ګرامه د ۲-۴ او نیو لپاره ورکول کېږي.  
(٣٧، ٤١، ٢٥)

۱۱- ایچ دوه رسپتور بلاکر د شپې درد یا د زړه سوچیدو لپاره ورکول کېږي.

:Antidepressant - ۳

- ۱۰- دخوب په وخت کې Nortriptyline یا Dispramine یا Imipramine د

- ۱۱- ۵ ملی ګرامه ورکول کېږي دوز بې ورو ورو جګکېږي او سرتالین هم ورکوله شو.

- ۱۲- پروکینیتیک درمل:

میتوکلوبرامید ۱۰ ملی ګرامه دورخې درې څله، دوم پریدون ۲۰-۱۰ ملی ګرامه د ورځې درې څله مخکې له ډودې خخە ورکول کېږي. د میتوکلوبرامید دوامداره ورکول نیوروسیکاتریک اړخیزې اغيزې پیداکوي. (٣٧، ٤١، ٢٥)

D2 رسپتور او اسیتايل کولین استریز اترايم د نهی کولود لاري دمعدي داستيل کولین ازاد يدل زياتوي. (٣٧، ٤١، ٢٥)

#### ٥- اتى ايج پيلوري درملنه:

١٠ % خخه کمو پینسو کي د وظيفوي دس پیپ سیا لامل ايج پيلوري ده باید درملنه

بې وشي.

٢- اتى اسیدونه لې گته لري.

٧- په مخرشو ناروغانو کي هايپنوتراپي هم بسايي گته ولري.

٨- هربال تراپي

Caraway ، Pepermini چې لې اړخیزی اغیزی لري هم گته لري

٩- سمومت مسل ریلکزانت: هغه درمل چې دښوی عضلاتو دنرم والي لامل کيربي چې

ubarat دی له: Methoscopolamine ، Hyocamine (٣٧، ٤١، ٢٥)

### Irritable Bowel Syndrome (IBS)

پېژندنه:

دغتيو کولمو يوه وظيفوي ځنډنۍ او متکره ناروغی ده چې دکولمو د جورېښت پتالوژي په کې نه وي چې متصف دی بې د ګيدې په درد او نارامي باندي چې د ډکومتيازو کولو سره غلي کيربي. (٣٧)

اپدیمولوژي:

په لويدیع وګرو کې يو پر پنځه کسانو کې د ای بې ایس ګیلې شته چې یوازي په سلو کې ٢٠ بې د ډاکټر سره مشوري کوي او د دې خخه بې ١٠ سلنې روغتونه دمعدي او د کولمو د ګیلو له کبله راخی. (٣٦، ٣٧، ٣٨)

په ځوانو بنخو کې دنارينو په پرتله ٣-٢ واری زياتي دی ځکه چې په بنخو کې روحی ستونزې او خفگانونه زيات دی او د دوي کولمې دې بلاپيلو پارونو سره ډيرې حساسې دی. خواره پدوی باندي ډيره سیکالوژیکه اغیزه لري.

ھمدرانگه په دوي کي ھيني نوري ستونزې (لکه دھوصلې برخه کي د ڈکو متيازو کول، تشي متيازې کول، جنسی نژدي والى، مياشتني عادت، اميدواري او زيرون) چيرې دي. (٣٦، ٣٧، ٣٨)

### پتوفزيالوژي:

لاندې پتوفزيالوژيک ميکانيزمونه د اى بي ايس په مينځ ته راتلو کي ونډه لري. (٣٧)

#### ١- دکولمو حرکي ستونزې :

يو شمير خرگند مايوالكتريک او حرکي ستونزې په کولون او کوچنى کولمو کي پيژنجل شوي چې د لېږي مودي لپاره د گيدي د درد او روحوي ستونزو سره اړيکى لري.

#### ٢- د گيدي داحشاو حساسيت زياتوالى .

د ډيرو ناروغانو د حشوی دردونو د احساس اندازه لېره وي چې دغتو کولمو د لې پرسوب سره د گيدي درد احساسوي. (٣٧)

ھيني ناروغان سره له دي چې دکولمو د گاز اندازه يې نارمل وي خود گيده د باد او درد خخه گيله من وي. ھيني ژرژر د کي متيازې کول احساسوي خود ريکتوم د ڈکو متيازو حجم يې لې وي. (٣٧)

#### ٣- لومينل فکتورونه (دکولمو اتنان)

په ٣٢-٧ سلنہ ناروغانو کي وروسته د بكتريابي گاسترو انتريتس خخه د اى بي ايس گيلې پيداکيربي بسحئ او هغه خلک چې ډير روحى فشارونه او خفگانونه لري د د بيروني گاسترو انترياتس ديرغل د تيرولو خخه وروسته ورته اى بي ايس پيداکيربي. (٣٧)

#### ٤- عقلی او ټولنيز ابنارملتی :

د ٥ سلنہ خخه ډير ناروغان روحوي ستونزې، خفگانونه، دخورو ستونزې، جنسی او فزيکي ستونزې لري. (٣٧)

#### كلينيکي بنه :

اى بي ايس یوه ځنډنۍ ناروغې ده چې ډيرې يې په وروستي لسيزو کې پيليرې. د ناروغې گيلې د ناروغې د تشخيص خخه درې مياشتى مخکي شته وي.

ای بی ایس هغه مھال پیژندل کیربی چې په ناروغ کې گیلې وي خوپه لابراتواري ازمونو کې يې کوم پتالوزیک افت پیدا نه شي. (٣٧)

تشخیصیه کریتیریا:

په دې کریتیریاو کې داسې خرگند یې چې په ۱۲ میاشتو کې ۱۲ اونى پر لە پسی دگیدې درد يا نارامی وي چې د لاتدې او صافو لرونکې وي. (٣٢، ٣٨، ٣١)

۱- دگیدې درد د ډکومتیازو کولو سره ارامېرې.

۲- د ډکومتیازو د فریکوننسی بدلون (په ورئ کې د درې څلوا خخه ډیر اویا په اونى کې د درې څلوا خخه لې وي).

۳- د ډکومتیازو په کلکوالی (کتلوي، سخت، نرم او بلن) کې بدلون.

۴- د ډکومتیازو کولو په وخت کې ابناړملتي (زور و هل، ژرژر تلل، دنابشپر تشیدو احساس).

۵- د مخاط وتل.

۶- دگیدې نفح او باد. (٣٢، ٣٨، ٣١)

ددغو ګیلو شتون ای بی ایس ناروغان په درې سب کلاسو نو باندې وي شی:

۱- خرگند نس ناسته.

۲- خرگند قبضیت

۳- متناوبه نس ناسته او قبضیت. (٣٢، ٣٨، ٣١)

دگیدې درد کرامپ ډوله دگیدې په بستکتني برخه کې وي د شپی مھال نه وي او دناروغ د خوب د خرابولي لامل نه کیربی. دناروغ وزن کم شوی نه وي ناروغ د شیدو، سابه او غورو په خورلو کې بندیز راولی. (٣٢، ٣٨، ٣١)

کله کله دگیدې درد د ډودی خورلو په مھال مینځ ته رائحي چې ناروغ ډودی خورل بندوی.

نس ناسته دسھار لخوا وي او تر خوچى نس ناسته يې بنه شوي نه وي ناروغ د کور خخه  
نه وخي او كله چې د کور خخه وخي داسى ئاي ته ئىچى هلتە دتشناب اساتيماوي وي.  
(٣٢، ٣٨، ٣١)

ھمدارنگە داي بي ايس ناروغانو خخه بايد د دس پىپ سيا د خطرى گيلو پوبتنە  
وشى. كە چىري شتە وي دناروغ ناروغى بە دکوم بل اورگانيك لامل له كيله وي او  
دەغە لپارە پلتىنى وشى. پە هەمدىپ ھول كە گىلىپ ناخاپە پىل شى او دناروغ عمرد ٤٠.  
٥. كالو خخه ھىروي نو بايد دکومى بلپە ارگانيكى ناروغى خواتە پام وشى.  
(٣٢، ٣٨، ٣١)

كە ناروغ تە دشپى لخوا نس ناسته، شدید قبضيت يا نس ناسته، ھيماتوچىزيا، وزن  
بايلل او تبه پيداشى بايد د ارگانيك افت د موندلۇ لپارە ھخه وشى.  
داي بي ايس ناروغانو پە فزيكىي ازميونو كې كوم ابنا مەل نبىه نه وي. (٣٢، ٣٨، ٣١)  
دهضمى جهاز خخه دباندى داي بي ايس كلينيكي خيره:

- ١- نساي ولادي گىلىپ (دردناكە پىريود يادس مىنوريا يا ڈيس پارونيا).
- ٢- بولي گىلىپ لكه فريكونسىي، ژر زرد تشو ميتازو كولوا حساس، ارجنسىي دشپى  
لخوا تشي متيمازى كول او دمثانى بشپۇ نه تشيدل.
- ٣- نوري گىلىپ لكه د ملا درد، سردرد، دخولي بدبوي، دخوب ستونتىپ، ستوماتيا،  
بى علاقىكى. (٣٢، ٣١)

#### تشخيص:

كە چىري پە يو ناروغ كى عصبي، اجتماعي ابنا مەللىي د تشخيصه (كرى تира سره يو  
ئاي، سره شتە وي او دناروغى لپارە كوم پتالوزىك لامل پيدانە شى داي بي ايس  
نبودنە كوي او د نورو ازميونو ترسە كول پكارنه دى. ئىينى ئانگرى ازميونى لكه اي  
ايس ار د تائيرۋىيد دغدى وظيفوئي ازميونى، د چىكۈمىتىازو د وينى شتۇن، ھىگى،  
پرازىت) ازميونى، سگمۇئىد سکوپى، كولون سکوپى او باريوم ازميونى بايد ترسە

شي. دسلیاک دnarوغى د ردولو لپاره باید سیرالوژیکی ازمونیني وشى اوکە دnarوغ  
عمر د ٥ كالو خخە ھير وي دخبيتە افت د ردولو لپاره ھم پلتەنىي وشى. (٣٧)

#### توبپىرى تشخيص:

اى بى ايس باید د اىچ پيلوري، كولون نيوپلازم، آى بى ھى، هايپوتائيروييدزم،  
هايپوتائيروييدزم، پرازىتىي ناروغى، مل ابصورىش، كارسينوئيد، سيكوتىك  
ناروغى لکە روھى فشارونە او خفگانۇنۇ سره توبپىرى شى. (٣٧)

#### درملنە:

##### الف: دخورو پە واسطە درملنە:

ناروغ پە عمومىي چول دخورو نە زغمل لري خوتراوسە پورى داسى خوارە چې گىلىپ  
زياتىپ كىرى نە دى پىزىندىل شوي خوپە عمومىي توگە غور لرونكىي خوارە، كافين او سلا  
د آى بى ايس د ناروغانو لخوابى نە زغمل كىپى. (٢، ٣٢، ٣٧، ٣١)

ھغە ناروغان چى نس ناستە، دگىيدەي نفح باد او پرسوب لري پە ھفو كىپە بايد دلكتوز  
او سوربىتول نە زغم باید دپام خخە لري نە شى. ناروغ تە دلكتوز خخە تىش خوارە  
وركۈل شى ترخو چې د لكتوز نە زغمل رد شى.

دخورو فركتوز او سوربىتول (دمىيوا او شيرينىي گانوپە جوربىت كىپى وي) بىسا يى د نس  
ناستى، دگىيدەي درد، باد او پرسوب لاملى شى. (٢، ٣٢، ٣٧، ٣١)

ھغە خوارە چې دگىيدەي دباد او پرسوب لاملى كىرىي عبارت دى لە گلپى، او مەپىاز،  
انگور، كرم، آلو، شفتالو، كافي، مميز، هوگى او بير خخە.

زيات فايير لرونكىي خوارە پە آى بى ايس كىپە كوم ارزىبىت نە لري  
ب: فارمکالوژىكە درملنە:

د آى بى ايس دوه پردرىپ خفيف ناروغان دپوهاوى او دخورو د پرهىز سره بىنە كىرىي  
دمنخنى كچى او شدید ناروغان دخaronنکو اهتماماتو سره نە بىنە كىرىي. فارمکالوژىكە  
درملنە د مل درملنې پە توگە نە درىبنىه اىستونكى درملنې پە چول وركول كىرىي.  
(٣٢، ٣٧، ٣٨، ٣١)

## ۱- دسپزیم ضد درمل:

اتتی کولي نرژیک درمل د گیدی په بیرونی درد او پرسوب کې ورکول کیرېي. زرو او قبضیت لرونکو رنخورانو ته نه ورکول کیرېي. ددې ڈلې درملو اړخیزی اغیزی عبارت دی له د تشو متیازو بندیدل، قبضیت، تکی کارديا او دخولی د چوالی څخه. مستحضرات یې عبارت دی:

۱۲۵.. ملی گرامه دخولی دلاري یا د زې لاندې اویا (Levisin) Hyocyamin ۷۵.. ملی گرامه دخولی دلاري دورخې دوه خله ورکول کیرېي. ۲۰-۱۰ ملی گرامه یا میتوسکوپول امین ۵-۲ ملی گرامه دخولی دلاري ده دهی خورلو څخه دخوب په وخت کې ورکول کیرېي. (۳۲، ۳۷، ۳۸، ۳۱)

## ۲- دنس ناستی ضددرمل:

دوه ملی گرامه دخولی دلاري دورخې ۴-۳ ئله کارول کیرېي. کودین فاسفیت هم ورکول کیرېي.

## ۳- دنبوی عضلاتو استرخاء ورکونکی:

Mebeverin هایدروکلوراید، دای سایکلورین هایدروکلوراید او Perpermint تیل دی.

## ۴- دقیقیت ضد درمل:

دقیقیت درملنې لپاره د مگنیزیم شیدی، پولی ایتاپلین گلایکول او زیات فایبر لرونکی خواره کارول کیرېي. که چیرې قبضیت تینګاری شو دقیقیت نور لاملونه دې ولتیول شي.

۵- سایکوتروپیک درمل: ترای سایکلیک اتتی ډیپریسانټ په هغه آی بی ایس کې چې نس ناسته ورسره وي ورکول کیرېي درملونه یې عبارت دی له: ایمیپرامین ۱۰ ملی گرامه دخوب په وخت کې ورکول کیرېي ورو ورو دوز یې ۵۰-۱۵۰ ملی گرامه توه لورېی (Dispramine، Tri imipramine، Nortriptyline) څخه.

سیروتونین ری اپتیک نهی کوونکی د آی بی ایس په هغه ناروغانو کې چې قبضیت ورسه وي ورکول کېرىي درملونه يې عبارت دی له: Sertraline (دورئی ۱۵۰-۵۰ ملی گرامه)، Paroxetine (دورئی ۲۰-۱۰ ملی گرامه)، Fluoxetine (دورئی ۴۰-۲۰ ملی گرامه). (٣٢، ٣٧، ٣٨، ٣١)

٢- سیروتونین رسپتور اگونیست او انتاگونیست: سیروتونین دمعدی معایی سیستم دتحرکیت او حسیت يو میدیاتور دی چې دوه ڈولہ درمل په کې شامل دي:

١- Tegaserod: دا درمل د ٥ هايدروکسی تریپتامین رسپتور اگونیست دی او په هغه آی بی ایس اخته بسخینه ناروغانو کې کارول کېرىي چې قبضیت ورسه وي. په نارینه کې اغیزه نه لري. ٢٠ ملی گرامه دورئی دوه خله ورکول کېرىي دیوی اونى درملنې خخه وروسته د درملنې پايله معلومىېرى. كه رسپانس يې بنسه وي د ١٤-١٢ او نیوپوری دوا ورکول کېرىي. دنورو درملو سره یو ئای هم کاریدلای شي. (٣٢، ٣٧، ٣٨، ٣١)

٢- Alosetron: دا ٥ هادرولکسی تریپتامین رسپتور انتاگونست دی. په هغه آی بی ایس اخته بسخینه رنخورانو کې ورکول کېرىي چې نس ناسته ورسه وي يو ملی گرام دورئی دوه خله ورکول کېرىي.

٧- نه جذبیدونکی اتی بیوتیک: خیرنو بسودلی چې ٤٠ سلنە ناروغان دنه جذبیدونکی اتی بیوتیک ریفاکزیمین (٤٠٠ ملی گرامه دورئی درې خله دلس ورخو لپاره) سره بنسه شوي. (٣٢، ٣٧، ٣٨، ٣١)

٨- پروبایوتیک: دیرو کمو خیرنو بسودلی چې غیر پتوجن مایکرو ارگانیزمونه (لکه بايفيدو بكتريوم انفانت) دکولمو د فلورا د بدلون لپاره بدن ته دتنه کوي. ج: شدید درد لرونکی ناروغان د درملنې لپاره سیکالولژیست ته ورپیشندل کېرىي. (٣٢، ٣٧، ٣٨، ٣١)

## دمعدى ادينوکارسينوما (Gastric Adeno carcinoma)

اپیدیمولوژی او پیبني :

دمعدى کنسر (دپوستکي د کنسر خخه وروسته) د معمول کنسرونون له ډلي خخه دي چې په متعدد ایالاتو کې په کال کې د ټپولونوي کنسرونون دوه سلنہ جوړه وي. د ۴۰ کلنی خخه یې مخکې مینځ ته تګ لپه دي. په نارينو کې نظر بسحوته زیات دی دا ډيری په کوریا، جاپان، برطانيا، شمالی امریکا، چین، چیلی او اسلیند کې وي. دمعدى کنسر زیاتره په اترووم کې مینځ ته راخی خو په کاردیا او فندس کې هم مخ په زیاتیدو دي. (۲۲، ۳۷، ۴۲)

لاملونه:

۱- عمر: دمعدى کنسر ډيری وروسته د ۷۰ کلنی خخه وي.

۲- جنس: په نارينو کې نظر بسحوته ډيردي.

۳- توکم: ډيری یې اسیا، پاسفیک اسلندا، هسپانیه او افریقایی امریکایانو کې دي.

۴- خواره: څینې خواره دمعدى د کنسر خطر زیاتوی لکه منتن خواره (د اقتصادي ټولنیز حالت ضعیفوالی) مالګین، سگرت، الکول، سره شوی خواره (نايتريت لري) مساله جات، خوسابه او میوه د کنسر خطر کموي.

۵- اچ پیلوري: ځنډنی اچ پیلوري د ځنډنی ګاسترايتس او اکلورهايدریا لامل کېږي.

۶- کورنۍ تاریخچه

۷- دمعدى داسید نشتوالی.

۸- خبیشه انیمیا (پرنیشس انیمیا)

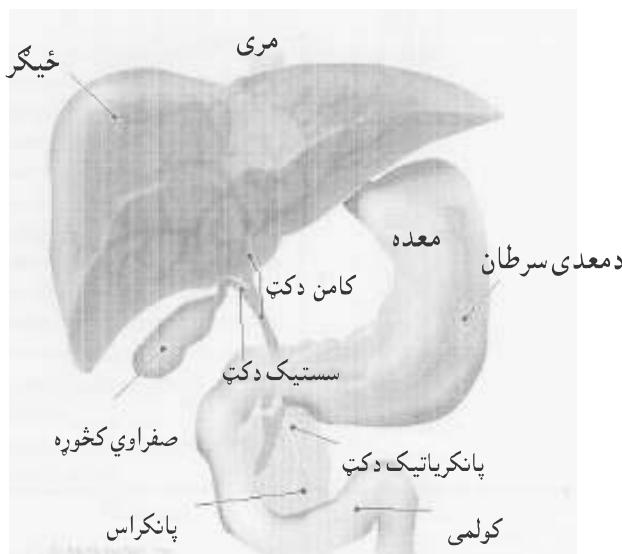
۹- دمعدى جراحی خخه (۱۰-۱۵ کاله وروسته)

۱۰- دوامداره اچ دوه رسپتور بلاکر خورل.

۱۱- ځنډنی ګاسترايتس.

۱۲- د مینیتیراير ناروغری (دمعدی د فولډونو د هایپرتروفی ډيروالی).

۱۳- دوینې گروپ: په A گروپ لرونکو خلکو کې د ۰ گروپ په پرتله هیروي.  
(۲۶، ۳۷، ۴۳)



۷-۱) شکل دمعدی سرطان (۴۳)

### پتوجنیزس

دمعدی نارمل مخاط د مختلفو فكتورونو د اギزى لە كبله اتروفي كوي او داسيد افراز متاثره كىري چې په پايله کې PH لوپريبي او د زيات شمير بكترياو د ودى لپاره زمينه برابر بىرى. د Nitrate او N-Nitroso compound تخریبات مستقيما او غير مستقيما تشديدي بىرى.

د دميتابلازيا او بيا د كنسر په منخته راتگ کې بنه پوهيدل N-nitroso compound شوي چى نومورى نظر د Carrrea مولف لخوا پيشنهاد شوي. همدارنگه خبيشه انيميا،

اتروفیک گاسترایتس او د کولمو میتاپلازیا د کنسر لپاره مساعد وونکی فکتورونه

دی.

- د Epstein barr virus پواسطه کنسر زیات د خوانی په عمر کی پیدا کیرې چې زیاتره د کارديا ناحيې پرى اخته کيرې.
- په جاپان کی د کنسرونو خطر زیاتوالی زیاتره د شعاع او د هیروشیما او ناگازاکی داتومی بمونو د استعمال له کبله وي کوم چې په دويمه نړیواله جګړه کی استعمال شوي.
- ١٥-١٠ سلنې پینبو کې د ناروغری لامل ارشی دی.
- دمعدی پخوانی جراحی (Antral gastrictomy) خخه کانسر معمولاً ۱۵ کاله وروسته مینځته رائحي.
- H2 Receptor Blocker دوامداره کارول.
- H.Pylori دمعدی د مخاطی غشا افت او اتروفیک گاسترایتس لامل کیرې زیاتره هغه H.Pylori د کنسر لامل کیرې چې Cag-A لري او که Cag-A نه لرونکی يې د کنسر لامل نه کیرې. (٣)

پتالوژی:

### دمعدی ادینو کارسینوما

دمعدی د اپي تیلیوم خبیث تومور دی چې دمعدی د کنسرونو ٨٠ سلنې جوړوی او ۱۵ سلنې يې لمفوما او گاسترو اتیستینال ستروممال تومور دی.

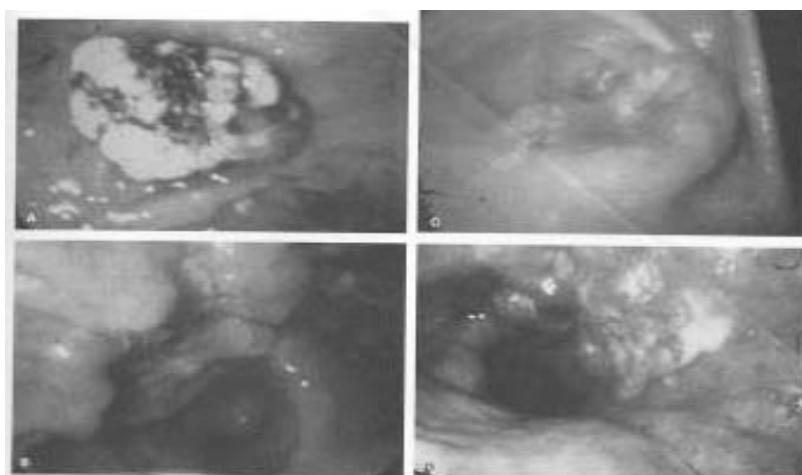
دمعدی د میوکوزا د ګلاندولاز اپي تیلیوم خخه سرچینه اخلي دمعدی دیواله تر برید لاندې نیسي، عضلي، میوکوزا، سب میوکوزا او مسکولار پروپریا کې ارتشاح کوي. (٣٨، ٤٢، ٤٣)

دمعدی د ادینو کارسینوما مارفولوژیک ډولونه:

Fungating intraluminal polypoid mass - ۱

دمعدى د ادینوکارسینوما د دیفیوز له ډلې څخه دی چې ډیر مخاط افرازوي. بینالخلالي نسج د مخاط څخه ډکیرې. مخاط د تومور په دته کې پاتې کیرې او هسته محیط خواهه ټیله کوي چې د Signet ring cell (په نوم یادېږي. (٣٨، ٤٢، ٤٣) (Linitis Plastica) Diffuse spreading -٢

دا د دیفیوز له ډلې څخه دی چې ډیری په ځوانانو کې وي په ټوله سب میوکوزا کې خپرېږي معده شخه، اتونیک وي پلن فولپونه په کې جورېږي چې د څرممنې د بوتل بنې غوره کوي چې د خرابو اتزاړو نسودونکې ده. (٣٨، ٤٢، ٤٣)



١-٨) شکلونه A : د معدى پولي پوئيد کنسر B: د معدى فنگوئيد کنسر  
C: د معدى السراتيف کنسر D: د معدى انفلتراتيف کنسر (٤٢)

Super facial spreading -٣

د اهم د دیفیوز له ډول څخه دی چې یوازې مخاطي او مخاط لاندې طبقة کې وي کیدای شي چې لمف نودونو ته یې میتاستاز ورکړۍ او یا نه وي ددې ډول اتزار بنه وي.

۴- داد کولمو دتاپ له ڈلی خخه دی چې ډیرى دمعدى په

کوچنۍ انحنا کې وي. (۴۲، ۴۳، ۳۸)

دھای له انده:

افت دمعدى په لری برخه کې (۴۲) سلنې نبدي دريمه برخه کې ۳۷ سلنې منځنۍ برخه

کې

(۳۸، ۴۲، ۴۳) ۲۰ سلنې ټوله معده کې ۱۳ سلنې وي.

کلینيکي بنه:

دمعدى دسرطان د ناروغانو کلینيکي بنه عبارت دی له د ګيدې د پورتنی برخى

دردونه، نارامي، زره بدوالى، کانګى، نس ناسته، قبضيت، ډګيدې پرسوب، ژرژر

مرېدل، وزن کميدل، وينه لرونکى کانګى او ډکى متيازى او په ۲۰ سلنې ناروغانو کې

دا پې ګاستريک دنাহی له کبله وي. (۳۷، ۳۸)

اختلاطات :

۱- دمعدى کنسر نېغ په نېغه د معدي شاوخوا او نژدي غړو ته لکه پانکراس، کولمو او

ئيگر ته خپرېږي.

۲- دلمفاوي سیستم یا د پریتوان د سطحي دلاري خپرېږي.

۳- ډګيدې دننه لمفاوي غوتوي ته خپرېږي.

۴- تخدانونو ته میتاستاز ورکوي چې د Krukenberg's tumor پنوم یادېږي.

۵- نوشماخوا ته میتاستازس ورکوي چې د Sistermary joseph nodol پنوم یادېږي

۶- مقعدې یا cul de sac peritoneal ته میتاستازس ورکوي (Blumer's shelf) مهبلې ازموينو کې معلومېږي.

۷- خبيث اسایتس

۸- ئيگر ته خپرېدل (غوره ئاي دی)

(Trousseau syndrome) migratory thrombophlebitis - ۹

(Wirchow Supraclavicular lymph node (troisier's sign) - ۱۰

node)

Acanthosis negricans - ۱۱

Microangiopathic hemolytic anemia - ۱۲

Guaic positive stool - ۱۳

Dermatomyositis - ۱۴

۱۵ - سبو، دھپوکو مخ ته خپریدل. (۳۷، ۳۸)

تشخيص:

داناروغى دتشخيص لپاره لاندى ازمونىپ ترسره كىېرى:

۱- فزيكىي ازمونىه.

۲- دويىنى ازمونىه (دوينى د چىنەنى بېيدولولە املە د اوسيپنى د كموالى اينميا.

كە چىرى تومور ئىيگر ته ميتاستاز وركرى وي د ئىيگر د دندود ازمونىو ابنارملىقى.

۳- گاستروسكوبىي: پە تولۇ هەغە ناروغانو كې چې عمرىي د ۵۰ کالۇ خەنچە دىرى وي دس

پىپ سىالرىي او اتىي سكريتوري درملو سره بىنه نەشى گاستروسكوبىي ترسره كىېرى.

۴- بايوبىي: داندوسكوبىي پواسطە بايوبىي اخىستىل كىېرى او سايتولۇزىك ازمونىپ

ترسره كىېرى.

۵- دمعدى او كولمو دپورتنى برخى راديوگرافى د باريوم سره.

۶- دكىيدې سى تى سكن او اندوسكوبىك التراساوند.

۷- Fecal Ooccult blood test (۲، ۳۷)

: Stages

۱- صفر ستىش: پدىپراو كې كىسىر يوازى پە مخاطىي طبقة كې وي.

۲- لومپى ستىش: لمفاوي غوتى اختە شوئى نە وي لمينا پروپيريا يى سب مىوكوزا او ان

مسكولار پروپيريا يى تى برىد لاندى نى يولى وي.

- ۳- دوهم ستیز: ۱۵-۷ لمفاوي غوتی اخته شوی وي برسیره پرمیوکوزا دمعدى دیوال بی تر برید لاندی نیولی وي.
- ۴- دریم ستیز لمفاوي غوتی اخته شوی وي. مسکولار پروپریا، دمعدى تول دیوال بی اخته کری وي او ان نژدی غری بی لکه خیگر، پانکراس بی تر برید لاندی نیولی وي.
- ۵- خلورم ستیز: لری غروته بی میتاستاز و رکری وي. (۴۳، ۳۷)
- ۶- بیرته گرخیدونکی کنسر: کنسر وروسته د درملنی خخه بیرته راگرخی دکنسر د پراوندو معلومولو لپاره لاندی ازمونی تر سره کیربی:
- ۱- دوینی ازمونی: دوینی بشپر ازمونی، دخیگر وظیفوی ازمونی، که چیری خیگر اخته شوی وي دوینی په ازمونی کې (CEA) Carcinoma embryonic antigen او کاربواهایدریت اتی جن(CA) لور وي.
- ۲- دسینی رادیوگرافی. ۳- سی تی سکن ۴- اندوسکوپیک التراساوند
- ۵- لپراسکوپی. (۴۳، ۳۷)

### توپیری تشخیص:

دمعدى دسلیم تپ، لمفوما او هایپرتروفیک گاسترولپاتی (Menetrier's disease) سره توپیری تشخیصبری. (۲۶)

### درملنه:

دمعدى دکنسر درملنی تاکنه د تومور سایز، خای، ستیز او دناروغ روغتیا پوري اړه لري. د لوړۍ پړاو خخه وروسته درملنه ګرانه ده. کنسر هغه وخت تشخیصبری چې پر مخ تګ بی کړي وي. دکنسر درملنه په دوو ډولودی. (۴۳)

### موضعی او سیستمیکه درملنه:

الف: موضعی درملنه

موضعی درملنه بی د جراحی او رادیشن تراپی خخه عبارت ده. (۴۳)

### جراحی درملنه:

دمعدى سرطان بنه درملنه جراحى ده چى په دوو ډولو تر سره کيږي. (٤٣)

الف: سب ټوپيل ګاستريكتومي: کړنه هغه وخت تر سره کيږي چې کنسر دمعدى لري دوه پر درې برخه کې وي. جراح کولاهي شي چې دکنسر سره تژدي انساج لکه مرۍ، کوچنۍ کولمي، تژدي لمفاوي غوتې هم لري کوري. (٤٣)

ب: ټوپيل ګاستريكتومي: دا کړنه هغه وخت تر سره کيږي چې تومور دمعدى په نژدي برخه کې وي اويا خپور ارتشاشي وي.

پدې عمليات کې دناروغ مرۍ دکوچنۍ کولمو سره نبلول کيږي چې ناروغ ته کله کله د ګيډې درد، نس ناسته یا قبضيت پيدا کيږي.

که تومور د معدى په بنکتنې برخه کې وي بيلروت یو یا بيلروت دوه پروسېجر سره درملنه کيږي. (٤٣)

۲- شعاع ورکول (راډيشن تراپي): د ګنسري ژونکود وژولو لپاره لوره انژي لرونکې شعاع کارول کيږي. (٤٣)

ب: سیستمیک درملنه:  
سیستمیک تراپي یې کیمومتراپي ده چې دکنسر ضد درمل د رګ او ځینې یې دخولي دلاري ورکول کيږي. همدارنګه کله کله د کیمومتراپي سره یو ځای راډيشن تراپي ورکول کيږي. هغه درمل چې په کیمومتراپي کې په کارول کيږي عبارت دي له 5-Fu (5-Fu) (٤٣)

پدې درملنه کې جراحى، کیمومتراپي او راډيشن تراپي په ګډه کارول کيږي. (٤٣)

خواړه ورکونه:

دا اړينه ده چې د درملني پر مهال او وروسته ده ګډه خخه د انژي د ترلاسه کولو لپاره بنه خواره (کالوري، پروتين، وิตامين، او منزالونه) دخوراکي رژيم د متخصصينو لخوا سپارښت وشي. خواره دخولي، تیوب یا د رګ دلاري ورکول کيږي. (٤٣)

Dumping سندروم د معدى د جراحى د عملياتو خخه وروسته هغه مهال پيداکيپري چې خواره يا او به په چتکي سره کوچنى کولمو ته د ته شي او ناروغتنه د گيده په درد، زره بدوالى، نس ناسته او سرېدالى پيداشي د درملنى لپاره ناروغ بايد لې خواره و خوري.

### د درملنى خخه وروسته د ناروغ څارل

د معدى د کنسر ناروغانو ته وروسته د درملنى خخه د بنه والي يا خرابوالى د معلومولو لپاره فزيکي او لبراتواري ازمويني (ايکسرى، سى تېي سکن، اندوسكوبى) تر سره کيپري. (٤٣)

انزار:

هغه ناروغان چې بنه جراحى درملنه شوي وي ٤٥ سلنډ خخه ډير يې تر ٥ کالوپوري ژوند کولاي شي. د ناروغانو د ژوند موده د تومور ستير، ئاي او هستولوزي پوري اړه لري. (٣٧)

لومړې او دوهم ستير چې بنه درملنه يې شوي وي د ٥ سلنډ خخه ډير يې د او بدي مودې پوري ژوند کولاي شي.

د دريم ستير ناروغانو انزار بنه نه وي، ٢٠ سلنډ خخه لې يې د او بدي مودې پوري ژوندي وي. (٣٧)

د خپور او د Signetring تومور انزار د کولمو ډوله تومور په پرتله خراب دي.

د معدى د نژدي برخې د تومور (فندس، کارديا) انزار د لري برخو په پرتله خراب وي د معدى د نژدي برخې د تومور د ناروغانو د ژوند موده د ١٥ سلنډ خخه لې د ٥ کالو پوري وي. (٣٧)

**د معدى لمفواما:** Gastric lymphoma

د معدى لومړنۍ لمفواما د معدى د خبيشه ناروغې ۵ سلنډ خخه لې جوروسي. معده داکستر انوډولر نان هاجکن لمفواما يواخني ئاي دي. (٣٨)

دمعدى معايي لومړنۍ لمفوما ۲۰% په معده کې پيداکيربي. په ثارمل حالت کې په معده کې لمفاوي انساج نشته خود ايج پيلوري له کبله په معده کې لمفوئيد نسج Mucosal Low Grade Lymphoma کې پيداکيربي. ايج پيلوري په معده کې Maltoma associated Lymphoid Tissue lymphoma (Maltoma) کېږي.

برسيرن ملتوما بنايي د ايج پيلوري درينه ايستونکي درملني سره بنه شي د لمفوما ګلینيکي خرگندونې د معده د ګنسر په شان وي اندوسكوبې که خيره يې د پولي پوئيد يا السراتيف کتلې په شان وي. (٣٨)

د درملنه د اچ پيلوري رينه ايستونکي درملنه او خارنه دي. High grade B cell lymphoma درملنه په ګډه ګيموتراپي، جراحۍ او راه یوتراپي ده. د درملني تاکنه دافت په ئاي، پراخوالۍ او د ناروغ روغتیا يي حالت او نورو فكتورونو لکه وينه بهيدنه او ګاستريک او پلیستیز بندیز پوري اړه لري. د ناروغۍ انزار په ستیز پوري اړه لري د لومړي، دوهمي ستیز کوچني تومور، او د ۲۰ کالو خخه کم عمر انزار بنه وي. (٣٨) Low grade histology

## دکولمو التهابي ناروغى (Inflammatory Bowel Diseases(IBM))

**پیشندنه:**

ای، بی، ڏي یوه ادیوپاتیک او دکولمو ځنډنی التهابي ناروغى ده چې کله بسه او کله شدیدیږي او تر کلنون پوري دوام مومي دوهولونه لري چې یو ېي اولسراتیف کولایتس او بل ېي کروون ناروغى ده دواړه ېي یوهول کلینیکي خیره لري توپير ېي یوهول خخه ګران دی. السراتیف کولایتس یوازې لویه کولمه او کروون ناروغى د خولې خخه تر مقعده پوري اخته کوي. (٢٢، ٣٨)

**اپیدیمولوژی:**

د ای، بی، ڏي پیښیدل په بیلا بیلو هیوادونو کې توپير لري، کرون ناروغى په پرمخ تللې هیوادونو کې دیره لړه او السراتیف کولایتس ترا او سه پوري نامعمول ده. په متعدده ایالاتو کې دالسراتیف کولایتس پیښې 11:100000 او د کرون ناروغى پیښې 100000:2-6 دی.

مرپينه د ناروغى په لومړي وخت کې او د کولون د کنسر له کبله زیات وي، ای، بی، ڏي لومړي په ۱۵-۴۲ کلنې او بیا په ۸۰-۲۰ کلنې کې پیښیدل، دالسراتیف کولایتس د نر او بسحؤ تر مینځ د پیښیدو نسبت 1:1 او کرون ناروغى 1:1، 8:1 دی. (٢٢)

**لاملونه او پتوجنیزس:**

که خه هم د ای، بی، ڏي لاملونه ترا او سه پوري خرگند نه دی خو ځینې کسان په جنتیکي توګه دې ناروغى ته برابر دی. د ناروغى په مینځته راتلو کې دوه فکتورونه رول لري:

۱- دباندي فکتورونه لکه اتنانات او دکولمو نارمل فلورا.

۲- دکوربه فکتورونه لکه دکولمو داپي تیلیوم دژونکو دندی، وعایي اروا او عصبي خرابوالی.

دواړه فکتورونه دکولمو د مخاطي طبقي معافيتوي سیستم دندی خرابوي.

**الف: ارثیت**

- ١- ای، بی، دی په Ashkenazi یهودانو کې ډیر وی.
- ٢- په مونوزایگوتیک جوره کې د دای زایگوتیک جوره په پرتله ډیر وی (کرون ناروغی، السراتیف کولایتس خخه ډیر وی).
- ٣- کرون ناروغی او السراتیف کولایتس دناروغ په خپلوانو کې د نورو خلکو په پرتله ډیر وی چې ١٠ - ٦ سلنہ پیښو کې د ناروغ خپلوان یو یا خو کسان په دی ناورغی اخته وی. کرون ناروغی دناروغ په لومړنی خپلوانو کې ١٤ - ١٠ چنده او السراتیف کولایتس ٨ خلله ډیردی.
- ٤- مساعد جین gene 2 CARD15/NOD-2 (IBD locus) 16q 12 کروموزوم دی.
- ٥- HLA- DR103 کې السراتیف کولایتس ډیر مینځ ته راخی.
- ٦- که ای، بی، دی په HLA-B27 کې مینځ ته راغلی وي انکلوزینګ سپونډیلایتس په کې ډیر وی.
- ٧- په اتوامیون ناروغی (لکه اتوامیون تایروئیدایتس) کې زیات وي. ( ٢٢ ، ٣٢ )  
ب: محیطي فکتورونه:
- ١- د کورنی بنه پاکوالی د کرون ناروغی پیداکیدو لپاره برابر وونکي دی ټکه چې ددی سره معافیتی سیستم بنه فعال نه وي (السراتیف کولایتس لپاره نه دی).
- ٢- په کرون ناروغی کې د اچ پیلوری خپریدنه کمیری خو په السراتیف کولایتس کې نه وي.
- ٣- سگریت: کرون ناروغی په سگریت خکونکو او السراتیف کولایتس په نه خکونکو کې ډیر وی.
- ٤- اپنديکتومي د السراتیف کولایتس د مینځ ته راتلو خخه مخنيوي کوي.
- ٥- دخولي دلاري د اميدواري ضد درمل د کرون ناروغی خطر ډيروي او د السراتیف کولایتس خطر نه ډيروي.
- ٦- ان ایروبيک بکتریا په کرون ناروغی او ایروبيک په السراتیف کولایتس کې ډير وی ټکه چې د کولمود دیوال د مخاطي طبقة دفاع او دنده خرابيوي. ( ٣٢ ، ٣٨ )

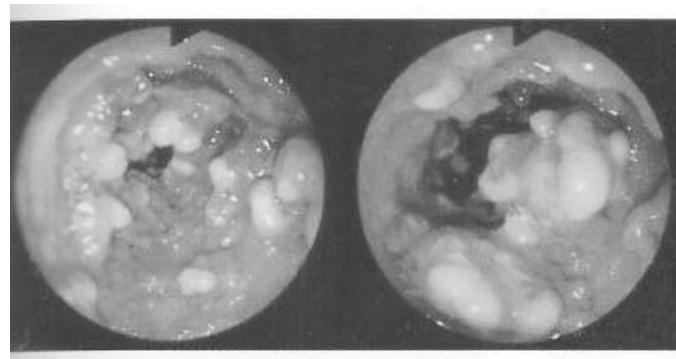
## السراتيف كولايتس(Ulcerative Colitis):

پیشندە:

السراتيف كولايتس د لويو كولمو ديوی خندهنى او بابيرى كوونكى ناروغى خخه عبارت ده چې د كولون په مخاطي طبقة کې پراخه التهاب وي . ناروغى ھيرى ريكتم خو کيداي شي چې د كولون يوه يا ټوله برخه اخته کړي . د كولون مخاطي طبقة ماتيدونكى وي او وينه بهيدونكى وي . (٢٢، ٣٧، ٤٤)

پتالوژي:

التهاب ھيرى په ريكتم کې وي (پروكتيتيس) کله کله د ريكتم نژدي برخه لکه سگمويد نيسسي (پرکتو سگموئيدايتيس) په او کله کله ټول کولون اخته کوي (پان كولايتس) . (٣٨)



٩-١) شکل په السراتيف كولايتس کې دروغجن پوليپونه . (٤٢)

په حاد شدید كولايتس کې د كولون ديوال نرى او وينه ورکوونكى تپونه لري زر سورى کيږي چې د توکسيک ميگاكولون پنوم ياد یېري . (٣٧)  
په خندهنى پان كولايتس کې کولون لنه، تنگ اتروفيک او کاذب پوليپونه په کې بنکاري . (٣٨)

دھستولوزی له اندہ د ناروغی په خفیف او منھنی حالت کې پرسوب، درگونو ھیروالی او د حاد او ھنډنیو ژونکو زیاتوالی پیداکیري. (٣٨)

شدید التهابی حالت کې بیرونی او ھنډنی التهابی ژونکې په کریپتوںو کې ارتشار کوي پدې حالت کې د کریپتیتس، کریپت ابسى، اکزودات او د اپی تیلیوم د سطھی تپیونه وي. (٣٨)

گابلیت ژونکې د س پلاستیک کیرې هسته يې بې ڈوله کیرې او د میتوزس س زیاتوالی د کولون کنسر لپاره زمينه برابر وي. ۲۰-۱۰ سلنے ناروغانو کې چې په پان کولایتس اخته وي التهاب ۱-۲ ساتي متره ترمینل الیوم خواته غھیرې چې د Back wash ileitis په نوم یادېږي. (٣٨)

**کلینیکي بنه:**

دناروغی، غوره گیلې مقعدی وينه بهیدنه او نس ناسته ده، نس ناستی ھیری دشپې لخوا او وروسته د چودی خورلو څخه وي.

ناروغی کله بنه کیرې او کله بيرته راګرځي روحي ستونټې، ستريس، اتنانات، گاسترواتراترايتیس، اثتی یوتيکونه او نن ستروئید التهاب ضد درمل د ناروغی د بابېړي لامل کیرې. سگرت، داوسيپني خورل او ویتامین بي ۲ تشدیدونکې فکتورونه دی. د ناروغی کلینیکي بنه دافت د ئای او د التهاب پراخوالی پوري اړه لري. (٣٨، ٤٤، ٢٢)

## ١- السراتیف پروکتیتس Ulcerative proctitis

پدې حالت کې نس ناسته د ورځې د پنځو څلوا څخه لې، وي په متناوب ڈول وينه او کله مخاط وي. د ریکتوم د التهاب له کبله ارجنسی، فریکونسی (تینس موس) پیداکیرې د ډکومتیازو کولو سره د کین بشکتني کوادرانت درد غلى کیرې. خو گیډه په جس سره دردناکه نه وي. (٣٨، ٤٤، ٢٢)

## ٢- Proctosigmoiditis

پە دې حالت کې وينه لرونكى نس ناستى ھير وي چې شمير يې د ورخى ٤-٢ ھلە وي  
کرامېپى دردونه، تىنس موس، گىلەھ پە جس سره لې، حساسە وي لې تې، پېسوب او  
دوينى د الومىن اندازە لې تېتىھ وي. (٣٨، ٤٤، ٢٢)

### ٣- دكىن خوا كولايتس

پە دې حالت کې د سگمۇئىد او كىن كولون دالتهاب گىلىپ وي لكە وينه لرونكى نس  
ناستى، د گىلەھ پە كرامېپى دردونه، وزن بايلل، تې ٣٨-٣٩ ساتىي گرىد وي ESR لې لور  
وي. (٣٨، ٤٤، ٢٢)

### Pancolitis or universal colitis-٤

پە دې حالت کې كىن كولون، بى كولون، مستعرض كولون اختە شوى وي گىلىپ يې  
عبارت دى لە: وينه لرونكى نس ناستى چې د ورخى ٢ ھلۇ خخە ھير وي. د گىلەھ پە  
کرامېپى دردونو، وزن بايلل، ستوماتىا، تې، تكىي كاردىا، انىميا او ESR لوروالى  
خخە. (٣٨، ٤٤، ٢٢)

### Fulminant colitis -٥

دپان كولايتس نادر او شدید حالت دى چې ناروغى د ورخى د لىس ھلۇ خخە زيات وينه  
لونكى نس ناستى لرى. دىھايدرى او شاك كې وي. گىلە پرسىدلې او پە جس سره  
حساسە وي تې او انىميا شتە وي چې دوينى ترانس فيوزن تە ارتىا پيدا كىبى. كولون  
پراخە او حرکات يې خرابىپى چې د توكسىك مىگاكولون پنوم يادىپى.  
كە چىرى د سىروزا طبقە اختە شوى وي كولون سورى كىبى چې چەك داخل الورىدى  
درملنى تە ارتىا پيدا كىبى او كە درملنە نەشى ناروغى مرى. (٣٨، ٤٤، ٢٢)

داناروغى پە ھندۇنى حالت كې د او سپنې د لوروالى انىميا، كلاينگ، دخولي  
كندىدا زىس، افتوص السرونە مىنخىتە راھى. (٣٨، ٤٤، ٢٢)

### ١- ١ جدول دالسراتيف كولايتس داناروغى خىندا زىس نى سودل شويدى: (٣٧، ٢٢)

شديد	منخفی	لږ	
> ٢	٢-٤	< ٤	دنس ناستی شمير به ورځ کې
زيات	متوسط	لږ	په ډکومتیازو کې دوینې شتون
> ١٠٠	١٠٠-٩٠	< ٩٠	د نبض شمير به یوه دقیقه کې
٣٧.٥ < سانتي ګرید	٣٧.٥	نشته	د تودو خي درجه
≤٪٧٥	> ٪٧٥	لړوي	انيميا
٤٢ ملي متر >	-	٤٢ ملي متر <	ESR mm/hr
>٪١٠	٪١٠-١	نشته	وزن بايلل
تپونه وي، په خپل سر وينه بهيرې	سوروالی، د عایي حالت نه وي تپ نه وي	سوروالی، د عایي حالت کمولالی، خفيف ګرانولیشن	اندوسکوبې
< ٤٢	٤٠-٤٢	نارمل	دهیماتوکریت سلنډ
< ٣	٣.٥-٣	نارمل	البومین (گرام)

## لابراتواري پلټني:

- ١- دوینې بشپړه شميرنه د انيميا او ترمبوساپتوزس لپاره (کله کله ترومبوسيت لور وې).
- ٢- دوینې الکترولايت او د پنستورگو دندو ازموينې باید ترسره شي ځکه چې په ځنډنې نس ناستو کې دوینې پوتاشیوم، مگنیزیوم لېږدې او پري رینل ازو تیمیا وي.
- ٣- د هيگر د دندو ازموينې د پریماري اسکلیروزینګ کولانجیتس لپاره باید ترسره شي.
- ٤- د ګېډې ساده رادیوګرافې باید د توکسیک میگاکون لپاره وشي.
- د باریوم ازموينې لې کارول کېږي ځکه چې د توکسیک میگاکولون لامل کېږي.
- ٥- د تشو متیازو ازموينې.
- ٦- د ډکومتیازو کرل د اتناني لاملونود ردولو لپاره.
- ٧- ESR د ناروغر په شدیدو حالاتو کې لور وې.
- ٨- سې ریاكتیف پروتین لور وې.
- ٩- د السراتیف کولایتس اندوسکوبې کې نښې عبارت دي له:
  - الف: د کولون وعايي بنه له مینځه تللې وي.

ب: مخاطي طبقه سور او ماتيدونكى وي.

ج: برسيرن تپونه.

د: كاذب پوليپونه.

په شديدو حالتو کې كولونوسکوپي نه تر سره کيربي ئىكه چې د كولون د سورى كيدو لامل کيربي د اندوسکوپي په وخت کې بايوپسي باید د هستولوزيکو ازمويىند تر سره كولو اود السراتيف كولايتس توپيري تشخيص لپاره واخىستل شي. (٣٧، ٤٤)

**توبيري تشخيص:**

السراتيف كولايتس دلاندى ناروغىو سره توپيري تشخيص کيربي:

الف: اتناني ناروغى:

- بكتريائي ناروغى لكه سلمونيلا، شگيلا، كمپايلو بكترجيچونى، اى كولاي، گونوكاكل پروكتيتيس، سودوممبران كولايتس او كلاميدياپروكتيتيس.
- واير وسي ناروغى لكه هيرپس سمپلكس، سايتوميگالو وايرس
- پروتوزواي ناروغى لكه امي بازس

ب: غير اتناني ناروغى:

١: وعايي (اسكيميك كولايتس)

٢: ايدوپاتيک (كولاجن كولايتس)، (Behcet disease)

٣: درمل (نن ستروئيد التهاب ضد درمل)

٤: نيوپلازم (كولون كنس) (٣٧)

## اختلاطات

الف: موضعى اختلاطات:

١- توکسيك ميگاكولون: په دې حالت کې توکسيك توکي د ناروغ د مخاطي طبقي خخه پورتل دوان او بىا عمومي دوران ته جذبيي. ناروغ توکسيك او اينيميك وي وينه لرونكى نس ناسته لري د يهادىرى او شاك كې وي تبه لري. گىدە دردناكە او پرسيدلى

وي مستعرض کولون د ۲ ساعتی متر خخه ھير پراخه شوي وي چتىكى درملنى ته اپتىا  
لري پدى حالت كې کولمى سورى كيداي شي. (٤٤، ٣٨)

٢- دکولون سورى كيدل

٣- شدیده او زوند ويرونكى وينه بهيدنه.

٤- دکولون ڪسر.

ب: دکولمو خخه دباندي اختلالات.

١- خوله: افتوس السرونە.



(١٠-١) شكل خوله کي افتوس السرونە (٤٢)

٢- سترگى: Episcleritis, Uveitis, Iritis

٣- عضلي اسڪليتى سیستم: Low back , Seronegative arthritis, oligoarthritis,

Arthritis of Sacroiliac joint , ankylosing spondylitis , pain

٤- پوستكى: Pyoderma gangrenosum او Erythema Nodosum

٥- Deep Vein thrombosis

٥% دسپرو امبوليزم وي چې لاملونه يې عبارت دی له: د فبروجن او د فكتور ٥ او ٨

زياتوالى، داتي ترمومبين ٣ كموالى، دکوچنيو، منخنيو او لويو رگونو والس کولايتس

خخه.

۲- اتوامیون هیمولایتیک اینمیا.

۷- کلابینگ

۸- دھیگر او صفراوی لارو پریماری اسکلیپروزینگ کولانجیتس، سیروزس، شحمی  
ھیگر، او خندنی هیپاتیتس دی.<sup>(۴۴، ۳۸)</sup>

درملنه:

د درملنی موخه عبارت دی له : د حادی یرغل درملنه، د اختلاطاتو مخنیوی، د جراحی  
درملنی لپاره دnarوغ تاکل، دnarوغ دژوند د خرنگوالی بنه کولو خخه.<sup>(۳۵، ۳۷، ۴۴)</sup>

۱- دستل کولایتس

د پروکتیس لپاره موضعی Mesalamin ۵ ملی گرامه د ورخی دوه خله د دمقد

دلاری ورکول کیبری

په پروکتوسگمومئیدایتس کې اماله یې د ورخی ۴ گرامه د خوب په وخت کې د ۱۲-۳  
اونيو لپاره ورکول کیبری.

موضعی هایدروکورتیزون په پرکتیتس او پروکتو سگمومئیدایتس کې لړ اغیزه لري  
خوبیا هم فوم یې د پرکتیتس او اماله د پروکتوسگمومئیدایتس لپاره د ورخی ۸۰-

۱۰۰ ملی گرامه ورکول کیبری.<sup>(۳۷، ۴۴، ۳۵)</sup>

که موضعی درملنی بریالی نه شوه درملنی یې یو ددی لاندې پلانونو سره کیبری.

الف: همدغه موضعی درملنی د ورخی دوه خله کارول کیبری.

ب: په گله موضعی 5-aminoosalaslic acid د خوب په وخت او موضعی  
هایدروکورتیزون دسھار لخوا کارول کیبری.

ج: دواره موضعی او دخولي دلاري ۵ امینو سلاسلیک اسید کارول کیبری.

د: یوازی دخولي دلاري کورتیزون یا ازاتا بیوپورین.

کله چې دnarوغی، بیېنی حالت بنه شو نوبیا د می سلامین دمقد دلاری د ورخی لخوا  
۱۰۰-۵۰۰ ملی گرامه اویا هره شپه یا یوه شپه وروسته د ۴ گرامو امالی سره درملنہ

کیربی. که ناروغ دموضعي درملنی سره علاقه نه لري نوبیا دخولي دلاري ۵ امينو سلاسلیک اسید سره یې درملنه کیربی.

۲- خفیف او متوسط کولایتس

الف: ۵ امينو سلاسلیک اسید

می سلامین دوه تجارتی مستحضرات لري Asacol ۰.۸-۱.۶ گرامه د ورخی دری خله يا ۰.۵-۱gm Pentasa (۳۷، ۴۴، ۳۵)

لومپی ۰۰۵ ملی گرامه دورخی دوه خله او بیا ورو ورود ۱۲ اوئیو په موده کې ۲ گرامه د ورخی دوه خلو ته رسول کیربی. مجموعی دوز یې ۲-۵ گرامه دی خوزغمل یې گران دی.

ب: کورتیکوستروئید:

که ۵ امينو سلاسلیک اسید سره د ۳-۲ اوئیو په موده کې درملنه بريالي. نه شوه بیا موضعی کورتیکوستروئيد فوم يا اماله د ورخی يو يادوه خله ورکول کیربی. که ددي سره په دوه اوئیو کې بنه والى پیدانه شوتو سیستمیک پریدنیزولون يا میتايل پریدنیزولون ورکول کیربی. پریدنیزولون د ورخی ۴۰-۲۰ ملی گرامه پیلیبری کلمه چې ناروغ بنه شوندو دوه اونی. وروسته د ورخی ۱۵ ملی گرامه او بیا ورو ورود ورخی ۵ ملی گرامو ته رسول کیربی.

ج: معافیت بدلوونکی درمل (Immuno modulating agents):

په لاندې حالتو کې ورکول کیربی:

۱: که د کورتیکوستروئيد یا ۵ امينو سلاسلیک اسید سره درملنه ناکام شي.

۲: د کورتیکوستروئيد ناوره اغیزې پیداشوې وي.

۳: د کورتیکوستروئيد د قطع سره ناروغی بابیری وکړي.

۴: هغه ناروغان چې جراحی درملنه نه خوبسوی.

دا درملونه عبارت دی له ۲ ميرکپتو پیورین او ازاتائیوپورین خخه چې ۲۰ سلنہ اغیزه لري. (۳۷، ۴۴، ۳۵)

د: بیالوژیک درملنه (Anti tumor necrose factor therapy)

که سیستمیک کورتیکوستروئید، مرکپتوبیورین یا ازاتایوپورین سره درملنه ب瑞الی نه شوه بل امیونومودیلاتور درمل چې Infliximab نومیربی ورکول کیربی. دا درې دوزه ۵ ملی گرامه په هر کیلو گرام وزن بدنه په ۰-۶ اوئی کې ورکول کیربی. ۲۵ سلنے اغیزه لري. ددې درمل د اغیزی دوا موده ۸-۱۰ ورځې ۵.

### ۳- شدید السراتیف کولایتس

الف: عمومي لاري چاري:

- ۱- د ۴۸-۲۴ ساعتو لپاره بايد دخولي د لاري خورل بند شي.
  - ۲- دخورو په خورلو کې ستونزه ولري او یا ۷-۱۰ ورخو کې خواره خورلی نه شي.
  - ۳- اوپیات یا اتی کولی نیرژیک درمل بايد و درول شي.
  - ۴- دمایعاتو والیوم، د الکترولایتو ستونزې بايد سمی شي او که هیماتوکریت د ۲۵-۳۸ سلنے خخه لې، وي بايد د وینې ترانس فیوژن وشي.
  - ۵- د گیلهې درد، د تسودو خې درجه، د نبض شمیر او په ډکو متیازو کې وینه بايد ارزیابی شي.
  - ۶- د گیلهې ساده رادیو گرافی بايد دکولمود پرسوب لپاره واخیستل شي.
  - ۷- ډکې متیازې د بکتریاول لپاره وکړل شي.
  - ۸- ټول شدید ناروغان بايد جراح ته د مشوری لپاره ولیبل شي.
  - ۹- د اتان د مخنيوي لپاره د میکروب ضد درمل ورکول کیربی.
  - ۱۰- د پوستکی لاندې هیپارین د وریدي ترومبو امبولیزم د مخنيوي لپاره ورکول کیربی. (۳۵، ۴۴، ۳۷)
- ب: کورتیکوستروئید

۱- میتل پریدنیزولون په خلور کسري دوزونو ۴۸-۲۴ ملي گرامه يا هایدروکورتیزون ۲۴۰ ملي گرامه په خلور کسري دوزونو په پرله پسې ډول د انفیوژن په ډول د ساعتو لپاره ورکول کيږي.

۲- که ارجنسی یا فریکونسی (تینیس موس) شته وي نود هایدروکورتیزون اماله ۱۰۰ ملي گرامه د ورځی دوه خله کارول کيږي.

۳- که ناروغ مخکی هایدروکورتیزون اخیستي نه وي نو ۱۲۰ یوتیه ACTH ورکول کيږي.

۴- کله چې ناروغ بنه شو د خولي دلاري مایعات او درمل ورکول کيږي  
ج: اسټي تومور نکروز فکتور تراپي:

مخکي تري يادونه شوي.

د: سایکلوسپورین:

که السراتیف کولایتس د ۷-۱۰ ورځو په موده کې د کورتیکو ستروئید و سره بنه نه شونو سایکلوسپورین ۲-۴ ملي گرامه نظر په کیلو گرام وزن د بدن د انفیوژن په ډول ورکول کيږي. (۳۵، ۴۴، ۳۷)

جراحی درملنې:

که د پورتنۍ درملو سره ناروغ بنه نه شو نو بیا جراحی درملنې ترسره کيږي. (۳۷، ۳۸)

د تفریخ د دورې دوا (Maintenance remission):

کله چې ناروغ د کلینیک له نظره بنه شود درمل د قطع کولو سره ۷۵ فيصدہ پیښو کې ناروغی بيرته پیدا کيږي چې په دې صورت کې Salfasalazine ۱۰۰۰-۱۵۰۰ ملي گرامه د ورځی دوه خله ، Olsalazine ۵۰۰ ملي گرامه دورځی دوه خله اویا Mesalazine ۸۰۰ ملي گرامه د ورځی دوه خله ورکول کيږي چې دې سره د باښړ پیښې ۳۳ فيصدو ته کميږي که چېږي ددې درملو سره اویا کورتیکو ستروئید سره بنه والى پیدانه شو نو معافیت څونکي درمل لکه ازاتائی پیپورین اویا ۲ مرکپتوبیپورین ورکول کيږي. (۳۷، ۳)

## انزار:

السراطیف کولایتس اوردمهاله ناروغری ده چې کله کمیرېي او کله زیاتیرېي ڈېرى ناروغان یوازې د طبی درملنې سره بنه کېږي. توالد او تناسل کولای شي.

## د کرون ناروغری: (Crohn's Disease (CD)

### پتالوژۍ

ھغه خایونه چې په کرون ناروغری اخته کېږي عبارت دي له ترمینل الیوم، بنې کولون، یوازې ترمینل الیوم، الیوم او جیجینوم خخه. ۲۳، ۳۸ د کولون ټول د یوال پرسیدلی او پلن وي. ژور تیپونه د خطی فیسور په شان بسکاری مخاطې طبقي تیپونو تر مینځ د نورمالی ساحی د جزیرو په شان بیل شوی وي او د فرشی تیبرو (Cobble stone) په شان لیدل کېږي، ژور تیپونه د کولمو په د یوال کې تسوزی چې د ابسو او فستیولونو لامل کېږي. ۲۳، ۳۸

فستیولونه د کولمو د لوپونو، د کولمو او مثاني، د کولمو او رحم، د کولمو او مهبل او ان د کولمو او عجان تر مینځ جو پېږي. التهابي و تیرې یو د بلې خخه د نارمل مخاطې غشا په واسطه بیلې شوې وي. ۲۳، ۳۸

که یو کوچنی اغیزمن ځای د لوېې اغیزمنې برخې خخه د نارمل ساحې په واسطه بیل شوې وي د Skip lesion پنوم یادېږي. ۲۳، ۳۸

میزاتریک لمفاوي نودولونه غټ او میزاتر پلن شوې وي. هستولوژیکه بنه یې عبارت ده له:

- ۱- خنډنې التهاب د کولمو په ټول د یوال کې وي چې د پلنوالی لامل یې کېږي.
- ۲- اپې تیلوئید هستوسیت د تکو په ډول ټولیېږي چې چارچاپیره یې لمفوسيتونه وي او د جاینت ژونکو لرونکې وي.
- ۳- د لمفوئید ارتشاخ یا مایکروگرانولوما هم لیدل کېږي. که دوى د میوکوزا سطحې ته ژندې وي نو د تپ په ډول بسکاری او کوچنی افتوس تیپونه جوړو وي. ۲۳، ۳۸

**کلینيكي بنه:**

دکرون دناروغى گيلې عبارت دی لە: د گيدى درد، نس ناسته او وزن بايللو خخه. ترمىنل اليوم د گيدى د درد غوره ئاي دى چې د درد لاملونه يې عبارت دی لە د كوچنى كولمو تحت الحاد بندىز، التهابي كتلە، د گيدى د تە ابسوياد حاد بندىز خخه. د بىي بىكتىنى كوادرانت حاد درد كله كله د اپنديسايتىس سره غلطىري. (۲۳، ۴۱، ۳۷،

د بىي كودرانت يا سوبراپوبىك درد كوليكي وصف لرى چې دوكو ميتازو د كولو سره غلى كىري او د چوپى خورلۇ سره زياتيرى پە جس سره حساس او دردناك وي او كتلە جس كىري نس ناستى اوبلن وي. وينه او مخاطپە كې نه وي. ) وزن بايلل بنايى د مل ابسورپشن لە كبلە وي پە حىنۇ ناروغانو كې دشحم، پروتىن او ويتامينونو لېوالى وي چې د ويتامينونو لېوالى لە كبلە گلوسايتىس او انگولاز ستوماتىتس پيداكىري. (۲۳، ۴۱، ۳۷،

كرون ايلياتس د السراتيف كولايتس پە شان كلینيکى خىرە لرى چې ناروغ وينه او مخاط لرونكى نس ناستى لرى، ليتارژى، سستوالى، بى اشتهايى او وزن بايلل ورسە وي. تبه لېدە درجه وي او كە شدت يې زيات شى د گيدى د ابسونبودنە كوي. لە ۵% خخه لېو پىنسو كې ناروغ د انل د چارچاپىرە ناروغىي (فيسور، فستول، بواسير، د مقعدي پوستكى كشوالى، اسكىورىكتال ابسى، انوريكتال فستول) خخه گيلە من وي. همدارنگە خىنې وخت د كروون دناروغى كلينيكي خرگىندونى د فايبرو ستينوتىك بندبىت يا پنى تراتينگ فستول پە شان وي. (۲۳، ۴۱، ۳۷،

په ډیری رنځورانو کې د کوچنيواو غتيو کولمو ګيلې وي. په لړ شمير ناروغانو کې د انل شاوخوا ناروغی، کانګې (د جيجينوم د تنګوالی له کبله) او دخولی تپونه وي په فزيکي ازموينه کې ناروغ وزن بايللي او خاسف بنکاري. (۴۱، ۳۷، ۲۳)

### تشخيص:

۱- که یو ناروغ تبه د ګيډې درد او حساسیت ولري که دې سره نس ناسته وي او یا نه وي نو دکروون د ناروغی ګمان پرې کېږي. (۳۷، ۲۳)

### ۲- دویني ازمويني:

- انيميا: لاملونه یې عبارت دي له: ځنډني التهاب، مخاطي وينه بهيدنې، داوسيپني د کموالي، د ويتامين بي ۱۲ د جذب د خرابوالۍ او د فوليک اسيد د کموالي خخه. انيميا یې نارموسایتك نارموکرومیک وي چې د ځنډينو ناروغيو بندونکې ده. (۳۷، ۲۳)

- دلوکوسایتووز لاملونه عبارت دي له التهاب، ابسو او کورتيکوستروئيدو تراپي خخه.

- دویني د البومين د کموالي لاملونه عبارت دي له: د کولمود لاري د پروتين ضايع کيدل، د جذب د خرابوالۍ، د بكتيرياو د ډيروالۍ او د ځنډني التهاب خخه.

- ESR لوړوالۍ.

- CRP لوړوالۍ.

- د ځيګر دندو د ازموينو ابنارملوالي.

- دویني کرل د سېپ تيسیمیا په صورت کې بايد تر سره شي.

- د ډکومتيازو کرنه که نس ناسته شته وي.

- ڈکی متیازی د پرازیت د هگی، لوکوسیت، شحم او کلسترولیدوم دیفیسیل د توکسین لپاره ازمونه شی
- رادیوگرافی
- دباریوم د تیرولو سره معده او کوچنی، کولمو او د امالی سره دلویو کولمو پتالوژی بسکاری
- کولونوسکوپی
- سی تی سکن. (۳۷، ۲۳)

#### اختلاطات:

ابسی، بندوالی، فستولونه، دمکعد شاوخوا ناروغری، سرطان، هیموراز او مل ابسوربشن. (۳۷)

#### ۴-۱ جدول: توپیری تشخیص ۳۷ ، ۳۷

السراتیف کولایتس	کرون ناروغری	
ڈیرلپ	معمول	دترمینل الیوم اخته کیدل
تل	ڈیری	دکلون اخته کیدل
ڈیری	ڈیرلپ	دریکٹوم اخته کیدل
ڈیرلپ	معمول	پیری انال اخته کیدل
پرایمری سکیلروزینگ کولاجایتس	نه وی	صفراوی قناتونو اخته کیدل
التهابی خای د تکی په چول وی		دناروغری ویشنہ
پر لہ پسی تپونہ	Linear and serpinginous (snake like ulcer)	اندوسکوپی
سطحی میوکوزال وی	بنایی ترانس مورال ژور وی	دالتهاب ژورو والی
نادر وی	معمول	فستولونه
نه وی	گرانولوما	باپویسی
ڈیری بنہ کیرپی او د پاووچایتس پواسطہ تعقیبی پری	داغیزمی برخی دلری کولو خخہ بیا	جراحی درملنہ
کم دی	پیداکیرپی	
تر او سه کوم اند نہ شته	په حکونکو کپ خطر ڈیر دی	سگرت خکل
ڈیر دی	بنایی اتوامیون وی	انرامیون ناروغری
	لبردی	کنسر خطر

د ای، بی، ایس، یرسینا اتروکولایتس، حاد اپندي سایتس، دکولمو توبرکلوز، ایدهز، دکوچنیو کولمو لمفوما، اسکیمیک کولایتس، دھوصلی التهابی ناروغی، میزانتریک ادینایتس، دای ورتیکولایتس د تحمدان تومور او کیست سره بايد توپیری تشخیص شی. ۳۷، ۴۰

درملنه:

۱: تغذیه

که کولون اخته شوی وي نو ناروغتہ فایبر لرونکو خورو سپاربنتنه وشي. که بندوالی شته وي او مه میوه او سابه بايد ونه خوري. نو که ترمینل الیوم ایستل شوی وي نوباید د لپر شحم لرونکو سپاربنتنه ورته شي په میاشت کې یوخل ویتامین بی ۱۲ د غونبى دلاري ۱۰۰ مايكروگرامه ورکول کیربي ناروغان بايد سگریت ونه خکي. ۳۷)

-۲ : Enteral therapy

ماشومان او نوي ځوانان چې وده یې ځنديدلی وي، اشتھاء یې خرابه وي نود نازوګستربک تیوب دلاري خواره ورکول کیربي. ۳۷)

-۳ Total Parenteral Nutration (TPN)

د دورکونې وختونه عبارت دي له: فعاله ناروغی، پرمخ تللی وزن کمیدلو، بندوالی، فستیول، شدیدي نس ناستې او د ګیدې دشدید درد څخه. ۳۷)

ب: ګیله ایزه درملنه:

که ترمینل الیوم اخته او یا ایستل شوی نود صفراوي مالګو د جذب د خرابولي له امله نس ناسته پیداکیربي چې د درملنې لپاره یې کولسترامین ۴-۲ ګرامه يا کولیستوپول ۵ ګرامه دورخې دوه يا درې څله مخکې د ډوډې له خورولو څخه ورکول کیربي. ۳۷) که ترمینل الیوم د ۱۰۰ ساتې مترو څخه زیات ایستل شوی وي د شحمي نس ناستې د درملنې لپاره بايد شحمي خواره کم کړل شي. که نس ناسته د فستیول، د الیوم ایستلو او حرکي ستونزو څخه پیداشوی وي لامل به یې بکتریا ګانې ویود درملنې لپاره یې اتې بیوتیک ورکول کیربي. ۳۷)

دنس ناستی نور لاملونه عبارت دی له: د لكتیز لپوالی او لنډی شوی کولمو خخه د درملنی لپاره یې لوپرامید ۴-۲ ملی گرامه د ورځی څلور څله ، د اوپیوم تنکچر ۵-۱۵ خاځکي د ورځی څلور څله کارول کېږي خو په فعال کولایتس کې نه ورکول کېږي ځکه چې د توکسیک میګاکولون لامل کېږي. (۳۷)

**ج: ځانګړې درملنه:**

۱- ۵ امینو سلاسلیک اسید په کروون ناروغی یې لې او یا هیڅ ارزښت نه لري په تیره د کوچنو کولمود کروون ناروغی کې خو یا هم می سلامین یا سلفاسلازین دورځی ۳-۴ گرامه د لویو کولمو په کروون ناروغی کې ګټور دی همدارنګه ۵ امینو سلاسلیک اسید د کولون د کروون د ناروغی په ریمیژن او د اختلالاتو په مخنيوی کې اغیزه نه لري. (۳۷)

**۲- کورتیکوستروئید:**

۹ ملی گرامه دورځی یوخل د ۸-۱۲ او نیو لپاره ورکول کېږي (Entacort) Bedsonid چې ۲-۴ او نیو په موده کې یې دوز ورو ورو کمېږي او د ورځی ۳ ملی گراموته رسول کېږي. (۳۷) پریدنیزولون یا میتل پریدنیزولون هغه وخت کارول کېږي چې بیدسونید سره درملنه بریالی نشي، ناروغی شدیده وي، د کولون لری برخه او د کوچنی کولمو نژدي برخه اخته شوې وي. د ورځی ۴-۲۰ ملی گرامه ورکول کېږي چې ۲۰-۴۰ سلنډ ۱۶-۱۸ او نیو په موده کې بنوالی راولی. دوز یې ورو ورو کمېږي ترڅو چې دورځی ۲۰ ملی گراموته ورسیږي. (۳۷)

په روغتون کې د بستريدو وختونه عبارت دی له: د کورتیکوستروئید سره درملنه بریالی نشي لوره تبه، دوامداره کانګه، بندوالی، شدید وزن بايلل، د ګېډې شدید درد، او ابسو خخه د ګېډې په ابسو کې کورتیکوستروئید نه ورکول کېږي. (۳۷)

**۳- اتي بيويتك:**

میترونیدازول د ورخى ۱۰ ملی گرامه نظر په کیلو گرام وزن دبدن یا سپروفلوكزاسین ۵۰۰ ملی گرامه دورخى دوه ئىله د ۱۲-۲ اوئیولپاره ورکول کېرى.

#### ۴- معافیت بدلونکى درمل (Immunomodulating agents)

دا درمل هغە مھال ورکول کېرى چې د کورتیکو ستروئیدو سره درملنە بىرالى، نە شي، د کورتیکو ستروئید بىا بىا کارونى یا اوېد کورس تەارتىاواي. دادرمل دnarوغى پە اختلاطى حالاتو کى نە ورکول کېرى ئىكەن چى د ۴-۲ میاشتو پە مودە کې يې اغىزى يې خىندىرى. میتوترىكزات پە اوئى كې يو خل ۲۵ ملی گرامه د غوبنى لە لارى ياد پوستكى لاندى د ۱۲ اوئیولپاره ورکول کېرى وروستە پە اوئى كې ۱۲،۵-۱۵ ملی گرامه ورکول کېرى. (۳۷)

#### ۵- اتىي تومور نکروز فكتور تراپى:

Infliximab پە لاندى حالاتو کى ورکول کېرى.

- د کورتیکو ستروئید، ازاتايپورين يا مرکپتوبىپورين سره بىنه نە شي.

- پە روغتون کى د بسترييدو ارتيا پيداشى.

- فستيولونە شتە وي.

- دnarوغى پە شدیدو حالاتو کى د گیلود ژرارامولو لپاره د کورتیکو ستروئیدو

پە ئاي ورکول کېرى.

Dnarوغى پە شدید حالت کى لومرى انفلائىزيماب او وروستە میتوترىكزات يا مرکپتوبىپورين ورکول کېرى او كە ورنكېلىشى ۸۰ سلنە ديوکال پە مودە کې ناروغى باپىرى كوي. دادرمل يوازى او ياد نورو معافیت بدلونكى درملو سره يوئىلەي ورکول کېرى. (۳۷)

كە ددى درمل پە ورلاندى اتىي باھىي پيداشوى وي د دوا اغىزە كمىبىي نو پدى حالت كې نومورى دوايى دوز ۱۰ ملی گرام پە هر کیلو گرام وزن دبدن ورکول کېرى اويا د دوايى دوركولو واتن ۲ اوئیوتە غەخىرى اويا كولاي شوچى د دوايى دوز او واتن زيات كې.

جراحى درملنە: د جراحى درملنې استطبابات يې عبارت دى لە:

۱- دکوچنیو کولمو کروون ناروغى (لکه تنگوالى، بندوالى، دطبي درملنى ناكامي، كتلوي وينه بهيدنه، تیننگاري فستپول، ابسى).

۲- دغتهو کولمو او ریكتوم کروون ناروغى (تیننگاري ناروغى، شدیدى ناروغى، پيرى انل ناروغى، د طبى درملنى ناكامي ، د کنسر دمخنيوى لپاره). (۳۷)

انزار:

دبىپى طبى او جراحىي درملنى سره ناروغان خپل ورخنى ژوند، دنده، توالد او تناسل كولاي شي. ھير لپئى د ناورو پايلو له امله ژوند له لاسه وركوي. (۳۷)

## دھیگر خنہنی التهاب (Chronic Hepatitis)

پیشندنه :

خنہنی هیپاتیتیس دھیگر د خنہنی نکرو انفلامیشن خخه عبارت دی چې ۲-۳ میاشتی دوا و کری او اوصاف یې عبارت دی له په دوامدره توګه د سیروم د امینوترانسفریز اتزایمونو لوروالی او دھیگر هستولوژیک بدلونونو خخه لاملونه یې عبارت دی له :

الف: خنہنی وايرل هیپاتیتیس ب : اتوامیون هیپاتیتیس ج: د درملو له کبله هیپاتیتیس.

ویشنہ :

دھیگر خنہنی التهاب دپورتل، پیری پورتل او پان لوپولار التهاب له انده په Sever، Moderate، Mild، Minimal او باندی ویشل شوی. دفبروزس له نظره په Cirrhosis او Sever ، Moderate ، Mild ، Non باندی ویشل شوی. (۳۷، ۷)

هیپاتیتیس په Chronic active hepatitis او Chronic persistent hepatitis(CPH) (CAH) باندی ویشل شوی و خواوس د اتوامیون او هستولوژیک ننسو د پیشندلو له امله دلامل له مخی ویشل شوی. (۳۷، ۷)

### ۱ - Chronic Persistent Hepatitis

ھغه حالت ته ویل کیبی چې د مونو نیوکلیر حجرات او رتشاھ یوازی په Portal tract کې وي او دھیگر په لوپولونو کې نکروزس او التهاب نه وي او پیری پورتل حجرات بالکل روغ وي که دھیگر حجرات په افت اخته شوی وي د Cobble stone (فرشي تیپری) په شان بنکاري چې دھیگر د حجرات او Regerative حالت بنیي پدې ناروغی کې گیلی نه وي او Chronic active hepatitis او سیروزس خواته نه ئې.

۲ - Chronic Lobular hepatitis : پدې حالت کې التهابی حجری ارتشاھ او نکروزس په Peri portal او دھیگر په لوپول کې وي. نادرأ کله دا ناروغی شدید

کیربی او دلپی مودی لپاره هستولوژیک بدلونونه بنسیی خونادرآ سیروزس خواته پرمختگ کوي.

۳- **Chronic active hepatitis** : پدی حالت کي نکروزس دھیگر په حجراتو کې پورتل، Lobular او Panlobular کې په چتیکى سره پرمختگ کوي او په همدی خایونو کې په عین وخت کي فبروزس هم وي. پدی حالت کي په Portal tract کې مونونیوکلیر حجرات ارتشاح کوي دھیگر دلوبول په شاوخوا کې دھیگر حجری تخریبیبی چې دی حالت ته Piecemeal necrosis وايی چې Chronic active hepatitis د همدی پواسطه تشخیصیبی د ڈول هیپاتیتس په شدیدو حالاتو دھیگر حجرات تخریبیبی د Reticulin جوربنت له مینئه ھي اوپه ھیگر کې Bridging hepatic Regenerative nodular نسج ھائی په ھائی کیربی چې د necrosis پنوم یادیبی چې خراب اتزار لري او سیروزس خواته پرمختگ کوي.<sup>(۳)</sup>

### ُخندنی واپرسی هیپاتیتس :

ُخندنی واپل هیپاتیتس دوه ڈوله دی ُخندنی هیپاتیتس بى او ُخندنی هیپاتیتس سی چې ددی دوارو کلینیکي، بیوشميک او هستولوژیک بدلونونه سره ورته والی لري.<sup>(۳۲)</sup>

### ُخندنی هیپاتیتس بى : Chronic Hepatitis B (CHB) :

په ټوله نړۍ کې ۴۰۰ میلوونه خلک په ُخندنی هیپاتیتس بى اخته دی چې ۳۶.۱ میلوونه يې په امریکا کې دی چې زیاتره يې نارینه دی.<sup>(۳۲)</sup>

ُخندنی هیپاتیتس بى د حاد هیپاتیتس بى د ُخندنی کيدو څخه منځته راخې چې د سیروم د امینوترانس فیریز په دوامدره لوریدو سره پیژندل کیربی.

ُخندنی هیپاتیتس بى په دوه ڈوله دی Active Viral replication او non replicative

۱- دوايرس فعال تکثري حالت عبارت دی له:

الف: په سیروم کې د HBe Ag اود HBV DNA شتون چې د  $10^5$  copies/mL خخه زيات وي.

ب: دھیگر فعال نکروانفلامیشن (بايوپسی)

ج: په سیروم کې د IgM anti HBC په تیتیه کچه شتون.

د: په دوامداره يا متناوب ډول د Aspartate ALT(Alanin amino transferase) او amino trasferase (AST) کچه لوره وي او Ag HBS د ۲ میاشتو خخه زیات مثبت وي. داحالت په کال کې ۲،۵-۲،۵ سلنہ په سیروزس او ۲% په دھیگر د حجر و په کانسر باندې بدليږي.

## ۲- غیر تکشی حالت

الف: په ناروغ کې کلینیکي او بیوشمیکي بنه والى.

ب: د Ag HBe ورکیدل او د Anti HBe خرگندیدل.

ج: د امینوترانس فیریزد کچې کموالى.

د: د HBV DNA ۱۰<sup>۵</sup> copies/ml د خخه کمپېږي.

ه: دھیگر د نکروانفلامیشن کموالى. (بايوپسي)

که چيري سیروزس مینخته راغلى نه وي او غیر فعال Ag HBe ناقل وي داحالت ډير لو سیروزس او دھیگر د حجر و کانسر خواته ئي.

Pre core Wild type CHB هغه حالت ته وايي چې د HBV د جینوم په ساحه کې mutation صورت ونيسي او Ag HBe منفي وي. داحالت په کال کې ۱۰-۸ سلنہ سیروزس خواته پر مخ تگ کوي. همدارنگه که د ئىنپاتيتس بې واپرس سره HIV مل وي او د CD4 کچه کمه وي نوژرد سیروزس خواته ئي. (۲۲، ۷)

كلینیکي بنه:

ئىنپاتيتس بې ډيرى بې گيلى وي. په نارينه و کې ډير وي. ورو ورو پرمختگ کوي. که ناروغى دوا مومى نو په ناروغانو کې به کسالت، ستوماتيا، لې ژيرى او بې اشتهايى وي. (۳۷، ۷)

لا بر اتواري ازمونى:

۱- په مینخنى کچه د امینوترانس فیریز لور والى.

۲- په لړه اندازه د الکالین فاسفتیز لور والى.

۳- سیروم بیلروبین کله کله نارمل وي.

۴- دوامداره HBS Ag مثبت وي.

۵- HBe Ag مثبت وي خو کله چې Anti HBe پیدا شونو Ag ورک کېږي.

۶- د ALT کچه لوره وي.

۷- د HBV DNA شتون دوامداره واپروس تکشري بئی. (۳۷، ۷)

دھیپاتیتسس بی واپروسی اتنان سیروولوژیک او صاف او ده گه تعییر (۳۷)

HBS-Ag	Anti-HBS	Anti-HBC	HBe Ag	Anti-HBe	تعییر
+	-	Igm	+	-	حاد هیپاتیتسس بی
+	-	IgG	+	-	خنپنی هیپاتیتسس بی واپرل تکشري حالت
+	-	IgG	+	+	خنپنی هیپاتیتسس بی او خفیف واپرل تکشري حالت
+	+	IgG	+ یا -	- یا +	خنپنی هیپاتیتسس بی د هیتروتیپ Anti HBS
-	-	IgM	- یا +	-	حاد هیپاتیتسس بی
-	+	IgG	-	- یا +	دھیپاتیتسس خخه بنه کیدل (معافیت)
-	+	-	-	-	واکسین (معافیت)
-	-	IgG	-	-	کاذب مثبت پیر لړ معمول

#### اختلاطات:

۱- سیروزس او ده گه ستونزی.

۲- دھیگر خخه دباندی اختلاطات یې عبارت دي له: دبندونو درد، دبندونو التهاب، ګلومیرولونفریتس، پولی ارتیرایتس نودوزا، لیوکوسایتوکلاستیک واسکولایتس.

(۲۲، ۷)

#### درملنه:

خنپنی هیپاتیتسس بی باید په لاندې وختو کې درملنه شي:

فعال واپروسی تکشري حالت وي لکه HBe Ag مثبت والی، د HBV DNA کچه ۱۰<sup>۵</sup> copies/ml او یا لوره وي، د سیروم امینوتراس فیریز اترایمونه لوره وي.

د ھندنی ھیپاتیتس بی په درملنہ کې دوه ڈوله درمل په کار ورل کیږي چې عبارت دي له :

۱: اینترفیرون

۲- نیوکلوسید (نیوکلوسید ته ورته)

۱- اینترفیرون

اینترفیرون د اغیزې له مخې په دوه ڈوله دی یو یې او بدہ او بل یې لنه اغیزه لرونکی.  
او بدہ اغیزه لرونکی اینترفیرون (Lکه Pegylated interferon alfa- Peginteron) ۲a په اونی کې ۱۸۰ ملی گرامه دپوستکی لاندې د ۴۸ او نیو لپاره. لندې اغیزه لرونکی اینترفیرون (Lکه Recombinant human interferon alfa-2b) په ورخ کې پنځه میلیونه یوتیه یا لس میلیونه یوتیه په اونی کې درې ھله د غوبنې دلاري د ۲-۴ میاشتو لپاره ورکول کیږي.

دا اینترفیرون سره ۴۰ % ناروغان بنه کیږي ، امینوترانس فیریز نارملیبی ، د سیروم او HBe Ag ورک کیږي Anti HBV DNA پیدا کیږي .  
د جینوتایپ A کې رسپانس کم وي HBV DNA ډیر زیات نه کمیږي ، امینوترانس فیریز لوروی .

په رسپاندر خلکو کې د سیروم او حیگر خخه Ag HBS ورک کیږي ، Anti HBS پیدا کیږي با بی په بشپړ رسپانس کې ډیر کم وي .

د منفي ھندنی ھیپاتیتس بی ناروغانو (Pre core mutation) کې د HBe Ag د Peginterferon ۴۸ او نیو د درملنی سره رسپانس ۲۰ سلنې وي . (۳۷، ۷)  
ا نترفیران په لاندې حالاتو کې ورکول کیږي .

الف: د هیپاتیتس بی وايرس د ډیروالي نښې شته وي .

ب: ALT د نارمل حالت په پرتله دوه ھله لوړ وي .

ج: معافیت لرونکو ناروغانو ته .

د: اتناں یې په ھوانی کې اخیستی وي .

ه: دھیگر بیرته گر خیدونکی ھندنی ناروغی .

و : Wild type HBe Ag Reactive

ز : (٣٧، ٧) HBe Ag Negative CHB

اينترفيرون په لاندى حالاتو كې نه ورکول كىبى.

١ : ALT نارمل وي.

٢ : ALT < 2x Upper limit of normal

٣ : معافىت ئىپلۇ ناروغانو كې.

٤ : استان يې په ماشومتوب كې اخىستى وي (اسيايى)

٥ : دھيگر غير معاوضوي ناروغى.

٦ : داينترفيرون په وړاندى تىنگاروي.

په اول او دوهم حالت كې اينترفيرون او لامى ويدىن ، اچيفوویر هم نه ورکول كىبى خو په

٣، ٤، ٥، ٦ کې لامى ويدىن او اچيفوویر ورکول كىبى. (٣٧، ٧)

#### د اينترفيرون اختلالات:

(Depression irritability) ، Bone marrow suppression ، Flue like syndrome

Diarrhea ، Rash ، Allopecia ، authoimmun thyroiditis ، emotional lability

Numbness and ting ling sensation of extremities ،

داتوميون تائيروييداتيس خخە پرته دنورو ارجيزو گيلود خرگنديدو سره د درمل دوز

كمىبىي يا درول كىبىي. (٢٦)

٢- نيوكليلوتائيد او نيوكليلوسيد دا درملونه د ھندىني هيپاپيتيس بى ناروغانو ته د

اينترفيرون په ئاي ورکول كىبى چې بى زغمل كىبى.

لامى ويدىن نوكليوسيد ته ورته درمل دى چى دخولي دلازى د ١٠٠ ملي گرامەد ورخى

يوئىل د يو كاللىپاره ورکول كىبى ددى سره د HBV DNA كچە كمىبىي، دھيگر

ھستولوژى ٢٠ سلنە بى كىبى، ALT ٤٠ % نارمل يې. د ٢٠ HBe Ag

مودە كې منفي كىبىي او Anti HBe خرگندىبىي. په HBV DNA polymerase gen

لرونكى ناروغانو كې ٣٠ - ١٥ سلنە ناروغى ديوه كال په مودە كې بىرته راگرئى ھكە

چې پدې جىن كې ميوتىشن صورت نىسى چې ددى لە كبلە دلامى ويدىن پە ورلاندى تىنگار پىداكىپى دىپى صورت كې لامى ويدىن د ۴ كالو لپاره وركول كىپى اپخىزى گىلى نە لرى. (۳۷، ۷)

د لامى ويدىن ورکونە:

۱- ALT د نارمل كچى خخە دوه ئەلە جىك وي.

۲- معافىت لرونكو ناروغانو تە.

۳- معافىت ئېپلۇ ناروغانو تە.

۴- اتنان يې پە ھوانى كې اخىستى وي (غرييانو كې)

۵- اتنان يې پە ماشومتوب كې اخىستى وي (اسيايانو)

۶- دھيگر بيرته گرھيدونكى او نە گرھيدونكى ناروغى.

Wild type HBe Ag reaction -۷

Active HBV Ag -۸

HBe Ag Negative CHB -۹

۱۰- د اينترفيرون پە ورلاندى تىنگار وي.

۱۱- فبروزىنك كوليستاتيك هيپاتيتىس (۲۶)

د اينترفيرون او لامى ويدىن گە او يابىل بىل وركول يودبل خخە بىه والى نە لرى پە اميدوارى كې نە وركول كىپى.

كە هيپاتيتىس بى وايرس او HIV دواپە يو خاى وي نولامى ويدىن دورخى ۳۰۰ ملى گرامە وركول كىپى.

Adefovir dipivoxil نيوكليلوسيد تە ورتە درمل دى او هغە وخت پە كار ورپل كىپى چې د لامى ويدىن پە ورلاندى تىنگار پىداشى. دا درمل د خولى د لارې دورخى ۱۰۰ ملى گرامە ديوکال لپاره وركول كىپى.

ددى پە ورلاندى تىنگار نادر دى. (۳۷، ۷)

كە چىرى ناروغى د پنستورگو ناروغى ولرى نود نفروتكىسى سىتىي لامل كىپى.

Telbivudine دلامی ویدین او ادی فوویر په پرتله غبنتلي دي. دخولي دلاري دورائي ۲۰۰ ملي گرامه ورکول کيږي. که دلامی ویدین سره تينگار پيدا شو دانه ورکول کيږي. Entecavir دخولي دلاري ۵، ملي گرامه ورکول کيږي. ددي په وړاندې تينگار کم دي. HIV چې د Tenofovir چې د ټينگاري هيپاتیتیس بي وايرس پیښو کې هم ورکول کيږي. (۳۷، ۷)

انزار:

هغه ناروغی چې د ٿنڌاني هيپاتیتیس بي خخه وروسته راخي عبارت دي د سیروزس، هيپاتوسليولار کارسينوما او دھیگر دبى وسى خخه. که ٿنڌاني هيپاتیتیس بي وايرس په سیروزس باندي اختلاطي شوي نه وي د پنحو کالو په موده کې ۰-۲ سلنہ مرینه لري. ۱۴ - ۲۰ سلنہ مرینه بيرته گرځیدونکې سیروزس سره او ۸۰ - ۸۰ سلنہ مرینه د نه گرځیدونکې سیروزس له کبله وي. داتي وايرل درملني سره انزار په څواب ويونکو ناروغانو کې بنه وي. (۳۷)

### ٿنڌاني هيپاتیتیس ډي Chronic Hepatitis D

دا ډول هيپاتیتیس په هغه کسانو کې وي چې په هيپاتیتیس بي اخته وي. د لبراتوار او کلينيك له انه د ٿنڌاني هيپاتیتیس بي خخه توپير نه لري. (۳۷، ۷)

### د ٿنڌاني هيپاتیتیس ډي درملنه:

Recombinant interferon alfa 2a ۴۸ او نيو ۹ ميلونه یوتیه په او نئي، کې درې خله د Peginterferon alfa 2b ۱.۵ ملي گرامه نظر په کيلو گرام زون دبدن د ۴۸ او نيو لپاره.

سيروم امينوترانس فريز نارملوي. دھیگر هستولوزي بنه کوي په ۵۰ - ۲۰ سلنہ ناروغانو کې د سيروم HDV RNA ورک کيږي. نيوکليوسيد دلته گته نه لري. (۳۷، ۷)

### ٿنڌاني هيپاتیتیس سى Chronic Hepatitis-C

تىرىدى ۸۰% بىرپىنىي هيپاتيتىس سى پە ئەندىنىي هيپاتيتىس سى اورپى، كلينىكىي توپىرىپى د دنورو ئەندىنىي هيپاتيتىس خخە گران دى.

نېزدى ۴۰ سىلنە پىينىو كې دسېروم دامىنوتانس فيرېز كچە دوامداره نارمل وي. دناروغى تشخيص د (Enzym immuno assay (EIA) پرمىت د Anti HCV شتون دى. پە بىرپىنىو كې كە EIA د Anti HCV د پرمىت خرگىند نە شۇ نود Polymerase (PCR) chain reaction (۲۲، ۷، ۳۷).

پە لاندى حالاتو كې ئەندىنىي هيپاتيتىس سى پە سىروزس بىلېرى.

۱- ۲۰ سىلنە پە ئەندىنىي هيپاتيتىس سى كىرپىسان وروستە د شلو كلو خخە پە سىروزس اورپى.

۲- د سىروزس خطرپىدا كىدل پە نارىنۇو كې بىر دى.

۳- كە دورئىي د پىنخۇ گرامو خخە زيات الكول و خكل شى.

۴- كە ئەندىنىي هيپاتيتىس سى وايرس يې وروستە د ۴۰ كىلى خخە اخىستى وي.

۵- معافىت ئىپلۇ كسانو كې.

۶- معافىت ئىپونكىي درمل اخىستونكو كې.

۷- پە HIV كىرپىسانو كې چې CD4 كچە يې كمە وي.

۸- هايپوگاماكلوبولينيميا.

۹- كە ئەندىنىي هيپاتيتىس سى وايرس لېرى وي اويا د امينوتانس فيرېز كچە (ALT) نارمل وي نو ۱ سىلنە پە سىروزس بىلېرى. (۲۲، ۷، ۳۷)

د ئەندىنىي هيپاتيتىس سى درملە:

د ئەندىنىي هيپاتيتىس سى د درملەنىي ورکونە:

۱- د ALT فعالىيت زيات وي.

۲- د ئىيگر پە بايپىسى كې پورتال يېرىجىنگ فبروزس شتە وي.

۳- دناروغى عمر د ۷۰ كالو خخە كم وي.

۴- دناروغى عمر د ۷۰ كالو خخە كم وي.

۵- بیرته گرھیدونکی سیروزس.

۶- دواړه ھندنی هیپاتیتس سی او HIV سره یوځای وي او د CD4 کچه کمه وي.  
استی وايرل درمل په بیرته نه گرھیدونکی سیروزس کې نه ورکول کېږي. (۳، ۲۲ ۷، ۷)  
په لاندې حالاتو کې ھندنی هیپاتیتس سی داوبدې مودې لپاره درملنه کېږي.

#### ۱- اختلاطات.

۲- د درملنی په وړاندی څواب نه وي.

۳- کوتانیوسس وازکولایتس او ګلومیرولونفریتس چې د ھندنی هیپاتیتس سی له کبله وي.  
په لاندې حالاتو کې د درملنې څواب کم وي.

۱- پر مختللی فبروزس (سیروزس)

۲- اوبد مهاله ناروغی شته وي.

۳- جینوتایپ - ۱

۴- د HCV RNA کچه د 2million copies/ml څخه لوړه وي.

۵- معافیت ئچلوکسانو کې.

۶- چاغوالی.

۷- د درملنې دوزیا دوا مکم وي. (۳، ۲۲ ۷، ۷)

د ھندنی هیپاتیتس سی د درملنې رژیمونه:

پخوا د ھندنی هیپاتیتس سی ستندرډ درملنه اینترفیرون الfa او ریباوایرین ګډه  
ورکول و خواوس یې منل شوې ستندرډ درملنه د ریباوایرین او اوبده اغیزه لرونکي  
(Peginteron) (Pegylated interferon) IFN

الف: لومړی رژیم : Pegylated اینترفیرون په اونۍ کې یوڅل د پوستکی لاندې د  
ریباوایرین سره ګډه ورکول کېږي. د اینترفیرون دوه مستحضرات لري. (۲۲)

(Peginteron) Peginterferon alfa 2b - ۱

(Pegasys) Peginterferon alfa 2a - ۲

دواړه یې یوشان اغیزه لري.

د درملنی د دوام موده په جینوتایپ پوري اره لري.

#### ۱ - HCV genotype

د هيپاتيتس سی وايرس دا تيپ تريوه کال (۴۸ اوئني) پوري درملنه کيربي.

دريباوايرين سره (که دناروغ دبدن وزن د ۷۵ کيلو گرام خخه ۱۸۰ $\mu\text{g}$  pegasys •

كم وي نوربيباوايرين دورخي ۱۰۰۰ ملي گرامه دخولي دلاري او که دبدن وزن

يسې د ۷۵ کيلو گرامه او يازيات وي نود ورخي ۱۲۰۰ ملي گرامه دخولي

دلاري، وركول کيربي. (۲۶)

درريباوايرين سره (دورخي ۱.۵  $\mu\text{g}$  peginteron •

۸۰۰ ملي گرامه دخولي دلاري، وركول کيربي. (۲۶)

#### HCV Genotype-2 and 3 : II

داتيپونه د ۲۴ اوئيپونه د رملنه کيربي. (په تيره هغو ناروغانو کي چې

په ۱۸۰ ملي گرامه اويا Peginteron ۱.۵  $\mu\text{g}$  دناروغ دبدن او ربيباوايرين دورخي

۸۰۰ ملي گرامه وركول کيربي. (۲۶)

ب: تعقيبي رژيم:

دارزيهم هم په اوئي کي یوخل دپوستکي لاندي (په تيره هغو ناروغانو کي چې

ريباوايرين نه وركول کيربي اويا یې زغملاي نشي، وركول کيربي.

۱۸۰ مایکرو گرامه Peginteron او ۱.۰ $\mu\text{g}$  Pegasys په ۱۸۰ ملي گرامه دناروغ دبدن

د جينوتايپ I لپاره يوکال او د جينوتايپ ۳-۲ لپاره ۲۴ اوئي وركول کيربي. بې گيلو

(خنپنی ناقلين او هغه ناروغان چې ALT یې نارمل وي درمل نه وركول کيربي. (۲۶)

د Antivirane ارخيزې اغيزي:

عصبي گيلې لکه مخرشيت او خفگانونه، د تايروئيد دغدي دندو خرابوالی،

دهه وکو د مغز انحطاط، سايتويينيا. دويينې شميرل په اوله او دويمه اوئي کي بايد يو

خل او بيا وروسته د هغه خخه په مياشت کي یوخل وشي.

داينترفيرون مضاد اتطبابات : عبارت دی له: بيرته نه گرھيدونکي سيروزس، پر مخ تللی سايتوبینيا، شدید عصبي ستونزی، اتواميون ناروغری. (۲۲)

### دریباوایرین مضاد اتطبابات :

- ۱- هیمالایس.
- ۲- دانجينا او ستروک خطر شته وي.
- ۳- تیراتوجینیستی: هغه بندھینه ناروغان چې ریباوایرین اخلي باید درملنې دپای خخه تر ۲۴ او نیوپوري دامیدواریدو خخه ډډه وکړي. (۲۲)

### دریباوایرن اړخیزې اغیزې:

رش، خاربنت، سردردي، توخي، ساه لنډي، لکتیک اسیدوزس.  
د انیمیا او لوکوپنیا درملنې لپاره Granulocyte Erythropoietin (Epoetinalfa) او colony stimulating factor ورکول کېږي.

اینترفيرون دزره، سبرو او دپنټورگو په ترانس پلاتیشن کې نه ورکول کېږي ځکه چې د غړو دردیدو لامل کېږي. (۲۲)

### انزار:

ھنپنی هیپاتیتس سی وایرس په پته توګه پرمختګ کوي وروسته د ۱۰ - ۲۰ کالو خخه د سيروزس او دھیگر د ژونکود کارسينوما لامل کېږي. که د درملنې سره فبروز ورک شو د ھیگر د ژونکود سرطان خطر کمېږي. (۲۲)

### (Autoimmune Hepatitis)

اتواميون هیپاتیتس دھیگر ھنپنی ناروغری ده چې لامل یې بسکاره نه دی او د نورو اتواميون ناروغيو (لکه مهاجروي پالي ارترايتس، خاربنت لرونکي رشونه، لمف ادینوپاتي، هاشيميتوز تايروديتس، تايروتوكسيکوزس، میکسودیمیا، Coombs

وی. (۳۷، ۷)

دا ناروغری لومړی څل په ۱۹۵۰ م کال کې څرګنده شوه چې په ډول ډول نومونو یادیده خود ۱۹۹۲ م کال راهیسی اتوامیون هیپاتیتس پنوم یادیږي. (۳۷، ۷) اتوامیون هیپاتیتس په دوو ډولو دې چې تیپ ۱ او تیپ ۲. دواړه یې په بسخو کې دنارینو په پرتله زیات وي. کلینیکی او بیوشیمکی بهه یې سره ورته وي. دناروغری د پیداکیدو څرنګوالی بسکاره نه دی خوږی پدې باوردي چې د هیپاتوسیت په وړاندې د امیون غبرګون په پایله کې مینځته راځي. په جنتیک ډول داسې بسکاري چې ناروغری په برابرو خلکو کې دناخړگنده زیانمن چاپیریال سره د مخامخیدو له کبله منځته راځي. (۳۷، ۷)

اتوامیون هیپاتیتس په هفو ګسانو کې چې HLA Class II DR3 ، HLA class B8 او HLA DR0 2a/oci لري لیدل کېږي او په اسیايانو کې اتوامیون هیپاتیتس په کسانو کې لیدل کېږي. (۳۷، ۷)

اتوامیون هیپاتیتس پراخه کلینیکی څرګندونې لري که شدید حالت یې د امیون سپریشن درملنې سره بنه نه شي نو ناروغری دھیگر د وروستنی پراو ناروغری خواته درومي. (۳۷، ۷)

دا ناروغری په ۳۶-۳۲ کلنۍ اویا پورته عمر کې پیداکېږي. په مینوباز بسخو کې ۴۵-۲۰ کلنۍ په عمرونو کې پیښېږي. کله کله په کم عمره ماشومانو کې ځانګړی اتوامیون هیپاتیتس تیپ I پیدا کېږي. (۳۷، ۷)

په ځینو ناروغانو کې مخکې له دې خخه چې ژیړې یا ګیلې یې بسکاره شي ناروغری دامینوترانس فیریز انزايمونو د لوروالي له مخې د روغتیا دارزیابې په وخت کې په روغو خلکو کې څرګندېږي. (۳۷، ۷)

په ډیری ناروغانو کې ژیړې او ستړتیا شته وي. دھیگر د ازمونو ابناړملتې دھیگر دنورو ځنډینو ناروغریو په شان وي. (۲۲، ۷)

دسیروم دبیلروبین او ALP لوروالی د ھیگر په شدیده او پر مخ تللی ناروغی دلالت کوي. د گاما گلوبولین په تیره د امینو گلوبولین کچه د ۲.۵ گرام في لیتر خخه لوره وي. په سیروم کې د اتنی بادی شتون د تایپ ۱ او تایپ ۲ اتوامیون ھیپاتیتیس ھانگرۍ بنست جوروی. (۳۷، ۷)

په کلاسیک یا Type-I اتوامیون ھیپاتیتیس کې اتنی نیوکلار اتنی بادی، اتنی سموت مسل اتنی بادی، اتنی اکتين او اتنی سیالو گلایکوپروتین رسپتور اتنی بادی مثبت وي. تایپ II اتوامیون ھیپاتیتیس په سیروم کې Anti liver kidney microsomal-I اتنی باډی (Anti LKM-I) او د اتنی Anti liver cytosol-I اتنی بادی مثبت وي او اتنی نیوکلیر اتنی باډی او اتنی سموت مسل اتنی بادی منفي وي. د اتوامیون ھیپاتیتیس د ھیگر په بايوپسی کې هغه بدلونونه چې په نورو ھنډینو ھیپاتیتیس کې شته وي لیدل کېږي د پلازما سیل شتون په نورو ھنډینو ھیپاتیتیس کې نادر دی خود اتوامیون ھیپاتیتیس لپاره ھانگرۍ ارزښت لري. (۳۷، ۷)

درملنه:

د اتوامیون ھیپاتیتیس ډير ناروغان د کورتیکوستروئیدو د درملنې سره ژر کلینیکي ھواب وايي ګيلې يې له مينځه ئي. د امینوترانس فيريز او بیلروبین کچه نارملېږي. پريدينيزولون ناروغانو ته لومړي څل د ورځې ۲۰ - ۳۰ ملي ګرامه پيلېږي چې د ۱ - ۳ میاشتو په موده کې د امینوترانس فيريز کچه کميږي. (۳۷، ۷)

که په دي موده کې د درملنې سره کلینیکي او بيوشيمکي ھواب کم وي نو د ناروغى د بنه تشخيص لپاره بايد رنځور بیا معاینه شي. (۳۷، ۷)

ددې لپاره چې د پريدينيزولون د دوامداره درملنې د بد و اغيزو خخه مخنيوی وشي ناروغانو ته ازاتايو پيوري ۵ ملي ګرامه د درملنې په پېل يا وروسته کې ورکول کېږي. (۳۷، ۷)

پە ئانگۇ ناروغانو كې د پریدنیزولون دوز ورو ورو ۵-۰ ملی گرامە پورى بىكتە اوپە دوامدارە چول د ۵-۱۵ ملی گرامە د ازاتايپیورین سره يوخاپە ورخ كې ورکول كىربى. (۳۷، ۷)

پە ئىنۇ ناروغانو كې ازاتايپیورین دوه ملی گرامە نظر پە كيلو گرام وزن دبدن پە ورخ كې يو خەل پە دوامدارە چول ورکول كىربى د ازاتايپیورین دوامدارە چول كارول د اميونو سپريشن ، دھەوكود مغز بى وسي او د كانسر خطرزياتوی. هەھە دې وشى چې درملنه د لنەپى مودى لپارە ودرول شى خو كله كله دا درول پە يوشمير ناروغانو كې چىرى بىدى اغىزى لرى لكە دناروغى شدید او مرگونى حالت مىنخته راوري. (۳۷، ۷) كە د معافىت خپونكودرملو سره ناروغى بىھە شى او د ئىيگر دناروغى وروستى مىرھلى وي نو ئىيگر بىلەپى. (۳۷، ۷)

### د درملو لە كبلە د ئىيگر التهاب (Drug induced Hepatitis)

ئىيگر د درملو د ميتابوليزم لپارە لومېنى ئائى دى كە پە يوه ناروغە ئىيگر كې پە نارمل دوز سره درمل ورکۈل شى نود توکسي ستىي لامل كىربى. (۳۸، ۱۳)

### Hepatotoxic Drug reaction

د ئىيگر بى وسي، ژىپى او د ئىيگر دندو د ازمۇينو ابنا ملتى باید د درمل د تىسىم سره توپىرىي تشخيص شى. (۳۸)

كە د دوا د توکسي ستىي سره ژىپى پيداشو نود ئىيگر دندى كى ناروغى بىسۇدونكى ده د دواگانو توکسي ستىي پە عمومى چول بىرپى او نادراً خەنەنلى وي. (۳۸، ۱۳)

د دواگانو د توکسي ستىي لە املە د ئىيگر دندو ازمۇينى د خۇ اونىيپە مودە كې نارملىپى او پە كولىستاتىك هيپاتىتىس كې د خۇ مياشتۇ خەھە وروستە د ئىيگر دندو ازمۇينى نارملىپى. (۳۸، ۱۳)

د كوموكسىي كلاف لە كبلە دوامدارە كولىستازس وي چې پە ناروغ كې دوامدارە خاربىت وي. (۳۸، ۱۳)

۳-۱ جدول كې هەغە درمل بىسۇدل شوي دى چې د هيپاتو توکسي ستىي لامل كىربى: (۳۸، ۱۳)

پتالوژى	درمل
کولیستازس	کلورپرومازین او لوپ دوز استرووجن
کولیستازس	نن ستروئیدل التهاب ضد درمل
کولیستاتیک هیپاتیتیس	ستاتین، کواموکسی کلاف
بیپنی هیپاتیتیس	ایزوئیازايد او ریپامپیسین
Non alcoholic steato hepatitis	امیدارون
Venous out flow obstruction	ازاتابوپرین، بوسلفان
فایبروزس	میتوتریکریت

### ددرملو له كبلە دھیگر دحادى ناروغیو تشخیص

- ۱- د درمل اخیستل: كە ناروغپە خپلە درمل خورپلى وي
- ۲- د ناروغى د مىنخىته راتلوپیل (۴ ورخو - ۸ اوئىنى دى)
- ۳- د درملو دېرىپىنبدولو اغىزى دھیگر د بیوشمىك ازمۇينو پە نارملىدو باندى.
- پە هىپاتیتیس كې دھیگر د دندوازموينى د دوو مىاشتوپە مودە كې اوپە كولیستاتیک او مخلوط افت كې دھیگر د دند و ازمۇينى د ۲ مىاشتوپە مودە كې نارملىپى.
- ۴- نوري ناروغى لكە وايرل هىپاتیتیس، صفراوي ناروغى باید رد شى.
- ۵- دھیگر بايپىسى: كە ناروغى دوامدارەشى اويا د ازمۇينو پرمت تشخیص نەشى نوبايپىسى تر سره كىپرى. (۳۸)

**دھیگر د ناروغیو دولونە:**

### کولیستازس

كە داستروجن ورخنى كچە د ۵ مایکرو گرام خخە زيات شى د کولیستازس لامل كىپرى همدارنگە نور هغە درمل چې د کولیستازس لامل كىپرى عبارت دى لە کلورپرومازین، فلوکلوكزاسيلين، کواموکسی کلاف، ستروئيد، نن ستروئيد التهاب ضد درمل، میتل تسترون، اريترومايسين، نايتروفوراتتىن، ريفامپين، متى ماژول خخە. (۳۸)

### ھېپاتوسایت نیکروزس

ھغە درملونە چې دھیگر د ژونکود نکروزس لامل کىربى او ترانس امیناز انتايمونه ورسره لورپىرى عبارت دى لە پاراستامول، نن ستروئيد التهاب ضد درمل، ايزونيازايىد، هربال دواگانى لكە (۳۸). Comfrey, yellow phosphorus ، Germander

### ستياتوزس:

ھغە درملونە چې دھیگر پە ژونکو كې د شەم د ئاخى پە ئاخى كىدو لامل کىربى عبارت دى لە تتراسكلين، سوديم والپروت، تاموريپىين، اميدارون خخە (۲۷) واسکولر او ساييتوزۋئيدل ناروغى.

دكىسر ضد درمل دھیگر د رگونو د ناروغىي او ويتامين A دھیگر د ساييتوزۋئيد د زيانمنيدو لامل کىربى (۲۷).

### ھېپاتيتيس

ھغە درمل چې دھېپاتيتيس لامل کىربى عبارت دى لە مىتوتريكزات، هلوتان، كاربامازىپىين، متىيل دوپا، كېتۈپريل، نيفيدىپىين، اندو ميتاسين، ريفام پىين، ازوئىزازىد، هايىدرو كلوروتىازىد خخە (۳۸).

### ھېپاتيك فبروزس

مىتوتريكزيت لوئرى دھىگر د بىرپى بى وسى او پە لورپ دوز سره د سيروزس لامل کىربى.

ددواگانو پواسطە دھىگر د فبروز مىنخته راتلو لپارە د خطرى فكتورونو شتون اپىن دى لكە دھىگر پخوانى ناروغى، د الکولو خكل.

لاندى درمل بايد دھىگر پە سيروزس كې ورنكول شى:

نن ستروئید التهاب ضد درمل د ئىنگر د ژونكود بى وسى او واريزال وينه بھيدنى لامل كىبىي. (۳۸)

ACE نەى كۈونكىي دېنستورگو دوينى جريان كموي چې د هيپاتورينل بى وسى لامل كىبىي.

كودىن ، ناركتىك او انىكزولايتك چې د هيپاتيك انسفالوپاتي لپاره زمينه برابر وي. (۳۸)

## ژیرپ (Jaundice) :

پېزندە:

ژیرپ د پوستکي، د منظمي طبقي چى د سكلىرا لپاسه دى او د نورو مخاطي طبقو ژيرپ رنگ ته وايى چې د هايپريلروبيينيميا له كبله مينخته راخي.

د سيروم بيلروبيين نارمل اندازه dl 1.2mg/dl او مجموعى اندازه يې 0.1-1.2mg/dl دى.

ژيرپ ھە وخت خرگند یېرى چې سيروم بيلروبيين د L/50mmol (3mg/dl) چى خە زيات شي. ژيرپ لومپى پە سترگو كې بىكارى ئىكەن چې سكلىرا زيات الاستيكي انساج لرى او بيلروبيين ددى انساجو سره زيات تمایل (affinity) لرى. (۲۴، ۳۳)

د ژيرپ پتوفزيالوژي :

الف: Unconjugated hyper bilirubinemia

۱- د بيلروبيين د جورپيدو زياتوالى.

- هيمولايتك انيميا.

- هيماتوما

- د سپرو انفاركشن

- د سري ژونكى بې اغيزى جورپيدل (Ineffective erythropoiesis)

۲- د ئىيگر پواسطە د بيلروبيين د اخىستلو نىمگرتىاوى (لکە درمل او سىب سىس).

۳- د ئىيگر پواسطە د بيلروبيين د كنجوگىشنى خرابوالى لکە پە ارشى توگە د گلوكورونايل

ترانسفيريز اتزايىم نشتىوالى يا خرابوالى (Gilbert's Syndrom)، Crigler Najjar syndrome (۳۷، ۳۳).

ب: Conjugated Hyper bilirubinemia

Hereditary Cholestatic Syndrom - ۱

- د كنجوگىت بيلروبيين د اطراح خرابوالى

Dubin Johnson's Syndrome -

## (۳۷، ۳۳) Rotor Syndrome -

۲- دھیگر دژونکو دندو خرابوالی.

- دصفراوی اپی تیلیل ناروغی لکه هیپاتیتس، دھیگر سیروزس.
- دھیگر دته کې کولیستازس لکه درمل، صفراوی سیروزس، سیپ سیس.
- اسپیروکیت اتانات، انفسکوز مونونیکلیوزس، کولانجیتس، سارکوییدوزس، لمفوما. (۳۷، ۳۳)

۳- صفراوی بندبنت:

صفراوی ڈبری، تنگوالی، دصفراوی قنات بندبنت، دکولی ڈکت کیست په مشترکه  
قنات باندی فشار، پانکراتایتس، دپانکراس نیوپلازم. (۳۷، ۳۳)

دبلروبین میتابولیزم:

الف: دھیگر خخه و راندی مرحله:

کله چې دسرې ژونکی عمر ۱۲۴ ورځې پوره شواویا ويچاره شوه نود دوی پوبن نازکه  
کیږي او چویدو ته تیارېږي.

هره سره ژونکه رتیکولواندو تیلیل سیستم ته لیپدول کیږي، خرنګه چې د دوی پوبن  
نازکه شوی وي نو په ریتیکولو اندو تیلیل سیستم کې چوی او هیمو ګلوبین ورڅخه  
وینې ته ازادېږي چې د مکروفازونو پواسطه خورل کیږي او په هیم او ګلوبین باندی  
ویشل کیږي. (۳۳)

ګلوبین برخه یې امینواسیدونه دی چې د زیرپی په مینځته راولو کې ونډه نه لري.

په هیم باندی دوہ تعامله صورت نیسي.

۱- هیم د هیم او کسی جینیز اتزایم پواسطه په بیلووردین (شین رنګه پګمنت) او سپنه  
او کاربومونو او کساید باندی بدليږي.

۲- بیلووردین د بیلووردین رید کتیز اتزایم پواسطه په بیلروبین (ژیر رنګه پګمنت)  
باندی بدليږي. (۳۳)

دابیلروبین ازاد يا ان کنجوګیت يا غیر مستقیم بیلروبین دی چې نزدی دورځې ۴ ملي

گرامه په کيلو گرام وزن دبدن جورېږي. ډيری بيلروبين د زړې سرې ژونکې خخه مينځته راخي. (۳۳)

په سلوکى ۲۴ يې د نورو سرچينو (ineffective erythropoiesis) دهيم لرونکو مرکبونو، د پروتینونو دویجاریدو لکه عضلي مايو ګلوبين او سایتوکروم، خخه جورېږي. یوشمير درملونه شته دي چې نه پريېدې چې بيلروبين په پلازما کې دالبومين سره ونبلي لکه سلفان اميد، لزيکس، راديوجرافيك توکي دغه حالت په نوي زېږيدلي ماشومانو کې ډير دپام وړ دی ټکه چې دازاد بيلروبين د کچۍ زياتوالى د لامل کېږي. (Kernicterus) (۳۳)

### ب: د ځیگر پړاو:

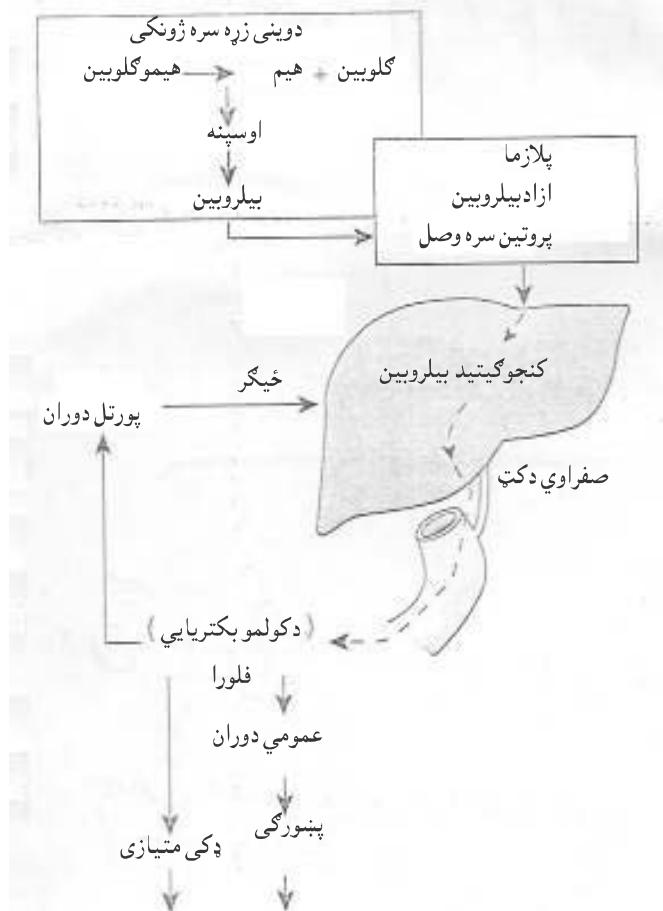
ان کنجوګيت بيلروبين دوینې پواسطه ځیگر ته وړل کېږي، خرنګه چې بيلروبين منحله توکي نه ده نو دليېدوني لپاره دسيروم البومين سره نښلي، کله چې بيلروبين ځیگر ته ورسيده د UDP (Uridine diphosphate glucuronidase) انزایم په شتون د ګلوكورونيك اسيد (Dibilrobin داي ګلوكورونيد په ډول) سره یو ځای کېږي چې د کنجوګيت بيلروبين يا مستقيم بيلروبين پنوم یادېږي. (۳۳)

دا په او بو کې حل کېږي، کنجوګيت بيلروبين د ځیگر خخه صفراته او د صفرا خخه کيسټيک ډکت ته وئي د کولمو بكترياګانې بيلروبين په یوروبيلينوجن بدلوی، پدي ځای کې یوروبيلينوجن دوه لاري نيسې. (۳۳)

۱- یوروبيلينوجن یوه برخه په ستيروکوباليلينوجن بدليېري چې دا په ستيروکوباليلين باندي او کسیدايز کېږي چې پدي ډول په ډکو متيازو کې وئي.

۲- د یوروبيلينوجن بله برخه د کولمود ژونکو پواسطه جذبيېري دوینې دلاري پنستورگو ته وړل کېږي او په تشومتيازو کې د یوروبيلين په ډول وئي.

ستركوباليلين ډکو متيازو او یوروبيلين تشومتيازو ته رنګ ورکوي. (۳۳)



(۱۱-۱) شکل دیبلروبین پتوفزیالوزی بشودل شویدی دی (۲۴)

### کیمیاوی تستونه

دصفراوي صباغاتو د ازموني لپاره د Van den Bergh تعامل ډير بنه تست دی پدی تست کې بیلروبین د Sulfanilic اسييد سره یوچای کېږي چې د Diazo مغلق تری جوړېږي دغه Chromogenic تولید شوي ماده Calorimetry پواسطه معاینه کېږي. د

Vand den Bergh تعامل پواسطه مستقیم بیلروبین دغیر مستقیم بیلروبین خخه تفریقی تشخیص کیږي. که چیری د او بو په محیط کې بیلروبین او Sulfanilic acid تعامل وکړي د مستقیم Van den Bergh تعامل پنوم یادېږي چې د کنجوګیتید بیلروبین بنودونکی دی او که نوموری تعامل د میتانول په محیط کې صورت ونیسي دواړه ډوله بیلروبین د Sulfanilic acid سره تعامل کوي چې د مجموعی بیلروبین اندازه بنودونکی دی.

ان کنجوګیتید بیلروبین (غیر مستقیم بیلروبین) په لاندې ډول اندازه کیږي.

Indirect Bilirubin = total bilirubin – direct bilirubin

که د Van den Bergh تعامل دیوی دقیقی خخه زیات دواړ وکړي لړه اندازه غیر مستقیم بیلروبین نور هم د او بو په محیط کې د Sulfanilic acid اسید سره تعامل کوي چې په کاذب ډول د مستقیم بیلروبین اندازه لړ لورېږي.

خرنګه چې د سیروم بیلروبین ۹۲ سلنہ غیر مستقیم بیلروبین دی نو داسی فکر کیږي چې د مستقیم بیلروبین اندازه د نورمال اندازی خخه هم بسا یې کم وي. او د سیروم بیلروبین دسویی د زیاتیدو سره د تشو متیازو رنګ نصواری کیږي خو په نورمال حالت کې غلیظی تشي متیازی هم نصواری رنګ لري.

همدارنګه د ریفامپین، تیامین، سلفاصلازین او میلانین (Melanoma) سره هم د تشو متیازو رنګ بدليږي.<sup>(۳)</sup>

: (Classification) ويشه

ان کانجوګیتید هایپر بیلروبینیمیا (Unconjugated Hyperbilirubinemia) د پلازما د ان کنجوګیت بیلروبین غلظت کچه د بیلروبین د جورې دو داندازې او د ټیکر پواسطه د هغه کلیرانس پوري اړه لري. د پلازما ان کنجوګیت بیلروبین هغه مهال لورېږي چې د بیلروبین جورې دل زیات شی او د ټیکر پواسطه یې کلیرانس لړشی.<sup>(۳۰)</sup>

په ان کنجوگیتید هایپریلروبینیمیا کې د کې او تشي متیازی نارمل رنگ لري ناروغ کې خفیف ژیرپی شته وي په تشو متیازو کې بیلروین نه وي دتوري لویوالی په هیمولاتیک ناروغیو کې وي. (۳۰)

لاندی جنتیک ناروغی د ان کنجوگیتید هایپریلروبینیمیا لامل کېږي.

#### ۱- Crigler Najjar Type-1

دايوه اتوزومل رسیسیف ناروغی ده. پیښې یې نادرې دی. دیوردین دای فاسفت ګلوکورونیل ترانسفیریز انزايم فعالیت په کې کم اویا هیڅ نه وي. دسیروم د توټل بیلروین کچه  $18-45 \text{ mg/dl}$  ( $>20 \text{ mg/dl}$ ) وي. ان کنجوگیتید هایپریلروبینیمیا وي. دھیگر د دندو ازمونې، دھیگر هستولوزی، مارفولوزی، دسیروم صفراوي اسیدونه او دخولې دلاري کولي سیستوگرافی نارمل وي. دفینوباربیتون سره نه بنه کېږي. که نوي زیریدلې ماشومان درملنه نه شي نو دکرنکتیریس لامل کېږي بنايی د درملنې سره سره بیا هم پیداشی. تشخیص یې د کلینیک او لاپراتواری ننسو پواسطه کېږي. فوتوراپی د درملنې په موخه دلنډې مودې لپاره ورکول کېږي بنه درملنې یې دھیگر ترانس پلان تیشن دی. (۳۰)

#### ۲- Crigler Najjar Type-II

دايوه اتوزومل رسیسیف نادره ناروغی ده چې د سیروم د توټل بیلروین کچه  $6-25 \text{ mg/dl}$  ( $\leq 20 \text{ mg/dl}$ ) وي.

ان کنجوگیتید هایپریلروبینیمیا وي دیوردین دای فاسفت ګلوکورونیل ترانسفیریز انزايم فعالیت کم وي.

دھیگر د دندو ازمونې، هستولوزی، مارفولوزی، صفراوي اسیدونه او دخولې دلاري کولي سیستوگرافی نارمل وي.

≤ ۷۵ سلنہ دفینوباربیتون سره بنه کیبری، نادرًا Kernicterus وروسته دلوبی یا نورو ناروغیو خخه پیدا کیبری دسیروم ان کنجوگیتید بیلروبین ئی مونوکنجوگیت وی، تشخیص یې د کلینیکی او لابراتواری ازمونینو دلاری تر سره کیبری. (۳۰)

### ۳- Gilbert Syndrome

دايوه اتوزومل ڈومینانت ناروغی ده چې نژدي ۱۲ سلنہ خلکو کې وی، دسیروم دان کنجوگیت بیلروبین کچه لوره وی. دسیروم د بیلروبین کچه پرته د لوربی او هیمالیزس خخه ۴ ملی گرامه اویا کم وی. د بیلروبین دیوریدین دای پاسفیت گلوکورونیل ترانسفریز فعالیت دنارمل حالت خخه ۱۰-۳۳ سلنہ کم وی. په ئینو پیبنو کې د ھیگر د بیلروبین اخیستنه لړه شوی وی. په ۵ فیصدو کې خفیف هیمالیزس شته وی. د ھیگر دندو ازمونی، دسیروم صفراوی اسیدونه او دخولی دلاری کولی سیستوگرافی نارمل وی. د پلازما سلفوبروموفتالین وتنه نارمل وی. د ۱۵ سلنہ خخه کمو پیبنو کې خفیفاً ۴۵ دقیقو لپاره احتباس کوي. ډیر وخت دفینوباربیتون سره دسیروم بیلروبین کچه نارملیبری. کومه ھانگری کلینیکی بنه نه لري. (۳۰) د صفراوی بیلروبین فرکشن یې دای کنجوگیت دی. ۲۵ سلنہ کې مونوکنجوگیت وی. تشخیص یې د کلینیکی او لابراتواری ازمونینو له مخي کیبری. د ھیگر با یوپسی نادرًا کارول کیبری. درملنې ته ارتیا نه لري. (۳۰)

### کانجوگیتید ھایپر بیلروبینیمیا (Conjugated Hyperbilirubinemia)

#### ۱- Dubin Johnson's Syndrome

دايوه اتوزومل ریسیسیف (نادرًا ڈومینانت) او غیر معمول ناروغی ده چې دسیروم توپیل بیلروبین کچه ۲-۵ ملی گرامه په دیسی لیتر کې وی. او کنجوگیتید ھایپر بیلروبینیمیا وی. د ھیگر دندو ازمونی او دسیروم صفراوی اسیدونه نارمل وی. د پلازما سلفوبروموفتالین غلظت په لومړی وخت کې لړوی احتباس یې په ۴۵ دقیقو کې د ۲۴ سلنہ خخه کم وی. ۹۰-۱۲۴ دقیقی وروسته یې په دویمی توګه کچه لوربی. دخولی دلاری کولی سیستوگرافی کې صفراوی کھوړه کم بسکاری یا بیخی نه بسکاری.

دسيروم د بيلروبين غلظت د استروجن سره لورپري، كله كله ئيگر او توري لوي شوي وي. (۳۰)

ئيگر د گراس له نظره تور، زيباو مرکزي لوبولونو كې پىگمنت ليدل كىري. تشخيص يې د كلينيكي او لابراتواري ازموينوله مخي كىري دې ناروغانو ته استروجن بايد ورنكول شي او نوري درملنى ته ارتيا نه لري. (۳۰)

## Rotor's Syndrome - ۲

دايوه اتوزومل رسيسيف ناروغى ده چې نادرأ پىپسىپرى. دسيروم د بيلروبين كچه ۷-۳ ملى گرامه په ديسى ليتر كې وي. ۲۰ سلنە پىبنسو كې كنجوگىت هايپربيلروبينيميا وي. پدي ناروغانو كې د ئيگر د بيلروبين افرازىدل يا زيرمه خرابى. د ئيگر دندو ازموينې او دسيروم صفراوي اسيدونه نارمل وي. په پلازما كې د سلفوبروموفتالين كچه كمىپرى، ۴۰-۳۰ سلنە پىبنسو كې د ۴۵ دقىقولپاره په پلازما كې احتباس كوي. دخولي دلاري كولي سيسىتوگرافى د ھير وخت پورى نارمل وي. كومى ئانگرى كلينيكي خركىندونى نه لري. د ئيگر مارفولوزى او هستولوزى نارمل وي. تشخيص يې د كلينيك او لابراتواري ازموينوله مخي كىري. كومه ئانگرى درملنه نه لري. (۳۰)

## دژپري دناروغ سره چلند

دژپري دلامل دموندلۇ لپاره بايد بشپړه تاريخه، فزيكي او لابراتواري ازموينې تر سره شي. (۳۰)

كه چيرې په يوه ناروغ كې ژپري او د هيما لايزس نسبې شته وي نود پري هيپاتيك ژپري لامل (ملاريا، سايكل سيل ناروغى، سپيروسايتوزس، G6PD لېوالى، ليپتوسپيروزس) دموندلۇ لپاره پلتېنى وشي. په پري هيپاتيك ژپري كې په تشو متيازو كې بيلروبين نه وي د سيروم ان كنجوگىتىيد بيلروبين لور وي (۳۰)

که چیرې ژیرې د ھیگر د ناروغیو له کبله وي نو په ناروغ کې بايد د بېرنی وايرل هیپاتوتوكسی سیتی، د ھیگر د الكولیکو ناروغیو، د ھیگر د میتاستاتیک ناروغیو، او د جنتیک ناروغیو لکه Gilbert's سندروم، Criggler Najjar سندروم لپاره پلتني وشي. (۳۰)

په هیپاتیک ژیرې کې په تشو متیازو کې د کنجوگیتید بیلروبین کچه لوره وي. که چیرې د ژیرې د ناروغ د کې متیازی سپینی تشي متیازی يې توری وي، ناروغ خاربست ولري او د سیروم د کولسترول کچه لوره وي نو د انسدادی ژیرې بنودنه کوي.

### د ژیرې د لامل د تشخیص لارې چاري:

که چېرې په یوه ناروغ کې ژیرې شته وي نو د لامل د موندل لو لپاره يې بايد د سیروم د ترانس فیریز اترایمونو دالکالین فاسفوتیز، د بیلروبین، د توپل پروتین، د البومن، گاما گلوتامایل ترانسفریز او د پروترومبین تایم کچې اندازه شي. (۳۰)

ناروغیو کې هم لورپېي خو گاما گلوتامایل ترانسفریز یوازی د ھیگر په ناروغیو کې لورپېي که چیرې درې واړه لوره وي د ھیگر د ناروغیو بنودونکي دي. (۳۳)

که چیرې د ALP او گاما گلوتامایل ترانسفریز اندېول د Aspartaged amino transferase(ALT) او Alaninamino transferase (AST) او transperase(AST) په پرتله زیات وي نو انسدادی ژیرې بنې. (۳۳)

که AST او ALT د گاما گلوتامایل ترانسفریز په پرتله زیات وي نو د ھیگر ژیرې بنې. (۳۳)

د ھیگر په الكولیکو ناروغیو کې د ALT کچه نارمل وي خو AST د ALT په پرتله لوره وي. او که ALT د AST په پرتله زیات وي نو هیپاتیتس دلالت کوي. (۳۳)

که چیرې د دواړو کچه د لورپې اندازې خخه په چټکۍ سره بښکته شي د ھیگر په مختللى نکروزس بنې. (۳۳)

دسیروم دالبومین کموالی دھیگر خندنی ناروغی بنی او په هیپاتیتیس او کولیستازس کې نارمل وي دھیگر په الكولیکو ناروغیو کې د AST:ALT اندول ۱۰ وي دھیگر په ناروغیو کې يې اندول د یو خخه زیات وي او په هیپاتیتیس کې يې اندول د یو خخه کم وي. (۳۳)

که دبیلروبین کچه نارمل  $10 \times$  ۱۰ خخه ډیره وي نو نیوپلاستیک یا اترابھیپاتیک کولیستازس بنیي او که اندازه يې ددې خخه لبه وي نو دھیگر حجروي ناروغی بنیي. که د ALP اندازه د نارمل  $5 \times$  ۵ خخه زیاته وي انسدادي ناروغی بنئي او که نارمل  $10 \times$  ۱۰ خخه زیات وي د درمل یا توکسيک له کبله کولیستاتیک هیپاتیتیس یا سایتوسیگالو وايرس بنی. (۳۳)

که ګاما ګلوتامایل ترانسفریز (GGT) د نارمل  $10 \times$  ۱۰ خخه لور وي کولیستازس او که اندازه يې نارمل  $5 \times 10$  وي وايرل هیپاتیتیس بنئي. او که اندازه يې نارمل  $5 \times$  ۵ خخه لبه وي نو د درملو توکسيک سیتیي بنئي د اسیت امينوفین په تسمم کې د ALT او AST اندازه نارمل  $50 \times$  ۵۰ خخه لوره وي. (۳۳)

#### ۱-۴ جدول د ژیري توپیري تشخيص (۳۳)

پوست هیپاتیک ژیری	هیپاتیک ژیری	پري هیپاتیک ژيری	
لور	لور	نارمل/لور	ټوپل بیلروبین
نارمل	نارمل	لور	کنجوگیتید بیلروبین
نارمل	نارمل/لور	لور	ان کنجوگیت بیلروبین
ښکته / منفي	نارمل/لور	لور	یورو بیلنوجن
تیاره	روبانه	تیاره	تشو متیازورنگ
سپین	نارمل	تیاره	ډکو متیازورنگ
لور	لور	نارمل	الکالین فاسفتایز
لور	لور	نارمل	امینوتراں فیریز
شته وي	شته وي	نه وي	دتشو متیازو
			کنجوگیتید بیلروبین

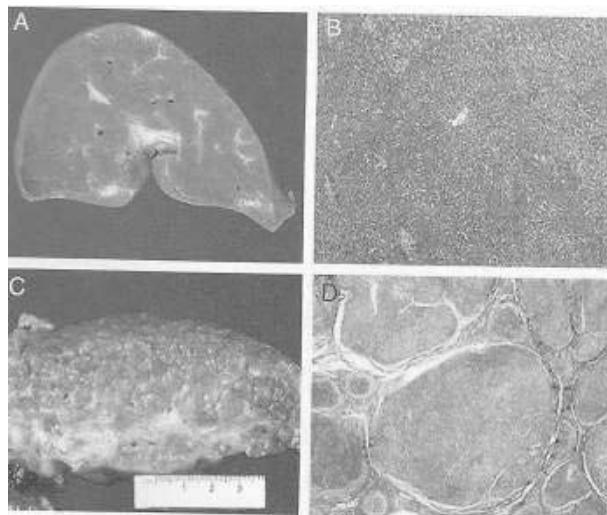
## دھیگر سیروزس (Liver Cirrhosis):

پیژندنه:

سیروزس دھیگر د حجراتود ھنډنی او نه رغیدونکی ناروغری ته وايي چې دھیگر په پراشیم کې پراخه فبروزس او استحالوي نودولونه مینځته راخي. سیروزس دیوې لاتینی کلمې (Kirrhosis) خخه اخیستل شوې چې کلک، ژیر او نارنجي ھیگر ته وايي. (۲۲، ۲۰، ۱۹، ۴)

دھیگر ژونکې نکروز او کولاس کوي. په ھیگر کې منضم نسج ھای په ھای کېږي او درګونو بستر خرابېږي.

دھیگر د فبروزس له کبله پورتل هاپرتنشن او د ھفه احتلاتات لکه گاسترو ازو فاژیل واریزس، توری لویوالی، هاپرسپلینیزم، اساپتیس، دھیگر انسفالوپاتی او دھیگر د ژونکوبی وسی مینځته راخي.



- (۱۲-۱) شکلونه A: د نارمل ھیگر گراس منظره سطحه یې بنویه او متجانس جوړښت لري.  
B: د میکروسکوپ د ھیگر نارمل وعایي جوړښت معوج شوی وي.  
C: سیروتیک ھیگر بنیې سطحه یې غیر منظم او نودولر دی.  
D: د میکروسکوپ د ھیگر جوړښت غیر منظم او استحصالوي نودولونه د فبروزي انساجو پواسطه چاپیره شوی دی. (۳۰)

**لاملونه:**

- ۱- الكول.
- ۲- دھیگر خنپنی واپرسی هیپاتیتیس لکه بی اوسي
- ۳- دھیگر غیر الكولي ناروغری.
- ۴- اتو امیون ناروغری لکه پرايمري اسکلیروزینگ کولانجیتس
- ۵- صفراوي ناروغری لکه لومپنی او دویمي صفراوي سیروزس.
- ۶- جنتیک ناروغری (ھیموکروماتوزس، ویلسن ناروغری، د الفا یو اتی تریسین لبوالی).
- ۷- کرپتوچنیک. (۲۲، ۱۲، ۱۳، ۴)

**پتالوژی:**

- دھیگر سیروزس د مورفولوژی او لاملونو له مخې په لاندې ھولونودی.
- ۱- الكولیک سیروزس cirrhosis Laenic یا مايكرونودولار سیروزس: د نوډه ولونو سایز یو ملي متر اویا کم وي.
  - ۲- مکرو نودولر یا پوست نیکروتیک سیروزس چې د نودولونو سایز د خو ساتتی مترو په اندازه وي.
  - ۳- صفراوي سیروزس.
  - ۴- دزړه سیروزس.
  - ۵- میتابولیک، ارثی، او د دواګانو پواسطه سیروزس. (۲۲، ۱۳، ۴)

**کلینیکي بهه:**

- د سیروزس ګیلې عبارت دي له کمزوري، ستپتیا، داشتهاء کمولی، زړه بدوالی، کانګو او د وزن د کمولی خخه. (۱۹، ۱۳)
- ۱- Spider nevi یا Spider Angiomata: درگونو د ناروغيو خخه عبارت دي چې مرکزي شريانچې د کوچنيو رگونو پواسطه

راچاپیره شوی وی. دا د استرادایول د زیاتوالی له کبله وي. ۱۹، ۱۳.

۲- Palmar Erythema : د لاس د ورغوو سوروالی ته وايی چې د جنسی هورو موونونو د

میتابولیزم د خرابوالی له کبله وي. ۱۹، ۱۳.

۳- دنوکانو بدلونونه:

الف: nail Muerhrckes : جوره مستعرض بانډونه دی چې د نارمل رنګ پواسطه بیل

شوی وی. لامل بې د الومین د کموالی له امله وي. ۱۹.

ب: Terry's Nail: د نوکانو د پلیت تردي دوه پر درې برخه سپین او لري يو پر درې برخه

ې سورو چې د الومین په کموالی دلالت کوي.

ج: کلائینگ

۴- هایپرتروفیک اوستیوارتروپاتی: دا وړدو هډو کو ځنډنۍ Proliferative periostitis

ته وايی چې د هډو کو د درد لامل کېږي.

۵- Dupuytren's contractur : د لاس د اورغورو د صفاق لندوالی او پلنوالی ته وايی

چې د ګوتود قبض لامل کېږي.

۶- اندوکراینی بدلونونه:

په نارینوو کې د وینتنانو له مینځه تلل، د تیونو غتیدل، د خصیو کوچني کيدل او

جنسی کمزوري، په بنخو کې د تیونو کوچني کيدل، د میاشتنی عادت ګډو دي،

امینوریا.

۷- هیموراژیک تشوشاټ: ژرژرو ینه بهیدل، پورپورا، د پوزې ینه کيدل، مینوراژیا.

۸- ځیگر، لوی، کوچنی او یا نارمل وي.

۹- پورتل هایپرتنسن (د توری لويوالی، اړخیز رګونه، واریزل ینه بهیدل، فیتمور

هیپاتیک، کاپوت میدوزا).

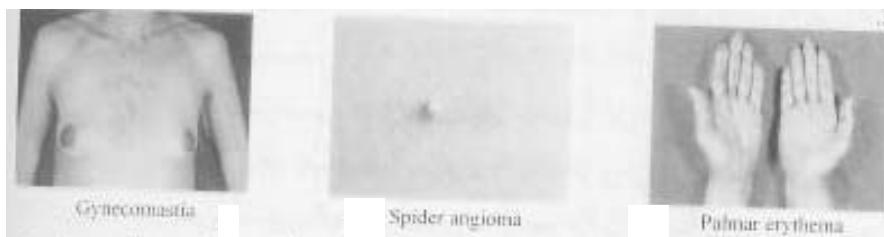
۱۰- ژیرې.

۱۱- سیانوزس.

په اپي گاستریک ناحیي کې د ستاتسکوب پواسطه وريدي (Hum) (بنگیدل او ريدل کېږي دا په پورتل هایپرتنسشن کې دنوم د وريدونو او پورتل سیستم تر مینځ د انسټوموز له کبله مينځته راهي.

### ۱۳- استریکزیس:

۱۴- خاربنت، هیپاتیک انسفالوپاتی، اتناټات، پګمنتیشن. (۳۰)



(۱۳-۱) شکل کې پالمر اریتیمیا، سپايدر انجیوما او د تیونو غتیدل لیدل کېږي (۳).

لابراتواری پلتني:

الف: د شدت له مخې:

۱- دھیگر د دندو ازمونې: دھیگر د دندو د بنې معلومولو لپاره سیروم البومن او پروترومبین تایم اندازه کول دي که سیروم البومن د ۳۸ ملی گرام في ليتر خخه کم وي او پروترومبین تایم او بدوی د خرابو نښو نښودونکي دي.

۲- دھیگر بیوشمي: د سیروم سودیم کموالی د خرابو نښو نښودونکي دي.

۳- سیروم الکترولايت: د سیروم سودیم کموالی د خرابو نښو نښودونکي دي.

۴- که سیروم الفافیتوپروتین د 400ngm/ml خخه زیات وي دھیگر د ژونکو کنسنتر نښودونکي دي.

۵- د سیروم البومن کموالی.

۶- سیروم ګلوبولین زیات وي.

۷- بیلروبین لور وي.

۸- ترومبوسايتوپینیا.

۹- لوکوپینیا، تتروپینیا.

۱۰- دوینې د پړنیدو ستونزی. (۳۲، ۱۳)

ب: دھیگر د سیروزس ډولونه دلاندې ازمونو پرمت خرگندېږي:

۱- دواړوسي هیپاټیتس سیرالوزي.

۲- سیروم اتی نوکلیر اتی باډي (انتسموت مسل اتی باډي، اتی میتوکاندریل اتی باډي).

۳- دسیروم ایمیونو ګلوبولین (IgA, IgG, IgM).

۴- دسیروم سیرولوپلازمین (کوپر د لوډ د زیاتوالی لپاره).

۵- سیروم فیریتین او ترانس فیرین د اوسبنې د لوډ د زیاتوالی لپاره.  
۶- د الفایو اتی تریپ سین کموالی.

ج: راهیولوژي: التراساوند، سی تی سکن، اندوسکوپی، MRI

د: دھیگر بايوپسي. (۳۲، ۱۳)

**دھیگر الكولیکی ناروغر:** (Alcoholic Liver Disease)

اپدیمولوژي:

دالکولوله کبله دھیگر د ناروغر مینځ ته راتګ په هريو کس کې توپیر لري په ئىنڅو خلکو کې چې ډير زيات الكول وختني خودھیگر الكولیکی ناروغر مینځته نه رائې یوازې په ۱۰ سلنې خلکو کې وروسته د مرینې خخه د سیروزس نښې پیژنډل شوي.

که بسحې په اوښې کې د ۲۱ یوتبو خخه او نارینه د ۳۸ یوتبو خخه لې وختني دھیگر په الكولیکی ناروغيو نه اخته کېږي. (۳۸)

دھیگر ناروغر دیری په هغه کسانو کې مینځته رائې چې دېنځو کالو خخه زيات ډير زيات الكول وختني.

په یوه شميرنه کې بسودل شوي چې که یو کس د اتوکالو لپاره دورخې ۱۲۰ ګرامه الكول وختني په الكولیک سیروزس اخته کېږي. (۳۷)

لاندې فکتورونه دھیگر د الكولیکی ناروغيو د مینځته راتلو لپاره خطری دي.

۱- دخبلو ھول: دھیگر ناروغی د کولود خبلود دوام پوري اره لري او د کولو سره تراونه لري.

۲- جنس:

بنخی د نارینه و په پرتله دھیگر په کولیکی ناروغیو ڈیرې اخته کېږي خکه چې د بنخو د بدن کتله کمه ده وروسته د خبلو څخه دوینې د ایتanol کچه نظر نارینه و ته لوره وي.

۳- جنتیک: کولیزم په مونزا یګوتیک کې د دای زیگوتیک په پرتله زیات وي.

۴- خواره: لړ کولین لرونکی خواره دھیگرد کولیک ناروغیو لامل کېږي.

۵- هیپاتیتس سی: هیپاتیتس سی دھیگر د کولیک ناروغیو (په تیره په ټوانانو کې) د زیاتیدو لامل کېږي. (۳۸)

لاملونه: کول دھیگر په واسطه میتابولیز کېږي.

اسیت الديهاید: ۸۰ سلنہ کول د میتوکاندریا د اتزایمونو پواسطه په اسیت الديهاید بدليېري چې دا د ژونکو د پروتین سره یوځای معافیتیو سیتس فعالوي کوم چې د ژونکو د ویجاپیدو لامل کېږي. (۳۸)

۱- سایتوکینونه: د کولیک هیپاتیتس په ناروغانو کې د کولو پواسطه د کولمو څخه اندو توکسین زیات جذبېږي.

۲- د مونو سیت څخه د تومور نکروز فکتور الفا جوریدل زیاتېږي.

۰- اترلیوکین ۱، ۲، ۳، ازادېږي چې دوي د فایبرین په جوریدو کې ونده لري.

(۳۷)

### پتالوژی:

۸۰ سلنہ پینبو کې د کولیک هیپاتیتس سره سیروزس یوځای وي.

دھیگر د کولیک ناروغیو پتالوژیکه بنه عبارت ده له:

۱- کولیک هیپاتیتس.

- لپوگرانولوما، تروفیل انفلتریشن، میلوری هیالین، پیری سیلوکار فایبروزس
- ۲- مکروواسکولار ستینوزس
- ۳- فایبروس او سیروزس
- ۴- سنترال هیالین سکلیروزس (۳۸)

کلینیکی بنه:

### ۱- شحمی حیگر (Fatty Liver)

په شحمی حیگر کې کومه ئانگپى گىلە او نبئە نه وي خو كله كله د زره بدوالى،  
كانگى او نس ناسته په معده او كولمو باندى د الكولود اغىزى لە املە وي. حیگر  
نارمل وي. (۳۸)

### ۲- الكولیك هیپاتیتس (Alcoholic Hepatitis)

- ناروغان بنایي بنه وي. گىلې يې ڈیرې لېي وي يوازى په بايوپسيي کې برسيره د  
شحمی حیگر خخه هیپاتیتس هم وي.
- گىلې لېي يا په منځنى کچه وي. ژيرې لې او د حیگر د خنډنیو ناروغیو نبئى او  
د حیگر بیوشمیک بدلونونه شته وي. تشخيص د حیگر د هستولوزي لە مخني  
کېږي.
- د ناروغى په شدید حالت کې د الكولیك سیروزس نبئى لکه اسايتیس او ژيرې  
شته وي. د گىلهې د درد د تې سره چې د حیگر د نکروزس لە كبله وي يوځای وي.  
حیگر او كله كله توري هم لوی شوي وي. (۳۸)

### ۳- الكولیك سیروزس (Alcoholic cirrhosis)

سیروزس د حیگر د الكولیك ناروغیو وروستنی پايلە ده چې د حیگر د خنډنیو  
ناروغیو نبئى په کې شته وي. تشخيص يې د بايوپسيي پواسطه کېږي. (۳۸)

لامراتواري پلتني:

- ۱- شحمی حیگر: کە د انيميا خخه پرته مکروسایتوزس شته وي دالکولو کارونه بئى.  
د سیروم د امينو ترانس فريز انزaimونه ھير لې لپروي. گاما گلوتاميل ترانس فيريز

لوروی چې د الکولود خبیلو ډیر نسه لارښود دی. په شدید شحمي ئیگر کې دھیگر بیوشمیک بدلونونه ډیر وي. په ئیگر کې دشحمو انفلتریشن د التراسوند، CT سکن او دھیگر د هستولوزیک ازمونو پواسطه خرگندېږي. ۳۲، ۳۸.

۲- د الکولیک هیپاتیتس لبراتواری نښې عبارت دي له : لوکوسایتوزس، دسیروم د بیلروبین لوروالی، دسیروم د ALT او AST لوروالی، دسیروم د الکالین فاسفتاز لوروالی، د پروترومبین تایم او بردوالی، دسیروم البومن لړو. کله کله هایپر لیپیدیمیا د ھیمالیزس سره یوځای وي چې د Zieve's سندروم پنوم یادېږي. ۳۲، ۳۸.

### ۳- الکولیک سیروزس:

او ALT دواړه لوروی خود L/300IU AST:ALT > 20 وي چې نادرأً دھیگر په نورو ناروګیو کې وي. په بايوپسی کې هیپاتوسیت نکروزس، Millary's bodies ، تروفیلیک انفلتریشن د پیری وینولار التهاب سره یوځای وي. (۳۲)

درملنه:

- ۱- ناروغته باید د الکولود پرینسودلو او ارام سپارښته وشي.
- ۲- سندروم With drawal، Delirium tremens
- ۳- د مخنيسوی لپاره د رګ دلاري تیامین ورکول کېږي.

۴- ناروغته باید دویتامینونو او پروتین خخه بدای خواره ورکول شی او که ناروغ انسفالوپاتی کې وي باید پروتین کم کړل شی. (۳۲)

### شحمي ئیگر:

دناروغی خفیف حالت د الکولو پرینسودلو سره نسه کېږي. د ئیگر خخه شحم ورک کېږي او بیوشمیک بدلونونه بېرته نارملیېږي. (۳۲)

**الکولیک هیپاتیتیس:**

- ۱- د ناروغی په شدید حالت کې ناروغ باید ارام و کړي.
- ۲- د انسفالوپاتی او اساپتیس لپاره درملنه پیل شي.
- ۳- د نازوګستريک تیوب یا د رګ دلاري خواړه ورکړل شي
- ۴- ویتامین بي او سی باید د رګ دلاري ورکړل شي.

۵- کورتیکوستروئید هغه وخت ورکول کېږي چې (DF) Discriminative function score د ۳۲ خخه زیات وي. سیپ سیس یې غوره اړخیزه ناخوالې ده.

په سیپ سیس او واریزس وینه بهیدنه کې کورتیکوستروئید نه ورکول کېږي. که د کورتیکوستروئید سره د او ورڅو په موده کې بیلروبین بستکته نه شو نونه ورکول کېږي د اتې بیوتیکو د درملنې خخه وروسته هم ورکول کېږي.

$DF = [4,6 \times \text{increase in PT (Sec)} + \text{Bilirubin mg/dl}]$

که Df د ۳۲ خخه زیات وي دھیگر شدیده ناروغی بنئي او اتزار یې خراب وي.

۶- پین توکسي فایلین

يو کمزروي تومور نیکروز فکتور دی چې په شدید الکولیک هیپاتیتیس کې ورکول کېږي او د هیپاتورینل پیښې کموي. د سیپ سیس اختلاط نه ورکوي.

۷- د فنگسي اتناټان تو د مخنيوي لپاره اتې فنګل درمل ورکول کېږي. ۳۸، ۳۲

**الکولیک سیروزس:**

د معاظموی سیروزس ناروغان ورځنۍ نارمل ژوند کولای شي، په خورو کې مالګه باید کمه شي، اسپرین او نورن ستروئید التهاب ضد درمل باید وانه خیستل شي، الکول باید ونه څښل شي.

که سیروزس اختلاطي وي نو د اختلاطا تو درملنه دی وشي. د ځیگر د ژونکو د سرطان د معلومولو لپاره هرو شپړو میاشتو کې د ځیگر التراسوند او سیروم الفا فیتو پروتین اندازه شي. ۳۸، ۳۲

### دھضمی سیستم او پنستورگو ناروغی Child's Turcotte Pugh د ویشه

۱-۵ جدول ددی ویشنی پواسطه دھیگر د ناروغیو شدت او اترار خرگندیپی. (۳۲، ۳۲)

۳	۲	۱	نمبری
منخنی کچه	لې	نه وي	اسایتس
شدید	لې	نه وي	انسفالوپاتی
>۵۰	۵۰-۳۴	> ۳۴	بیلروین $\mu\text{mol/L}$
<۳۸	۳۵-۳۸	> ۳۵	البومین (gm/L)
> ۲	۲-۴	< ۴	پروتومبین تایم په ثانیه

د پورتنی نمبرو د جمع کیدو خخه د ناروغ دژوندی پاتی کیدو د مودی فیصدی معلومیپری

د زوندی د پاتی کیدو فیصدی

نمبری (درجی)	یو کال	پنخه کاله	لس کاله
Child's A (<۷)	%۸۲	%۴۵	%۳۶
Child's B (۹-۷)	%۶۲	%۲۰	%۷
Child's C (۱۰ +)	%۴۲	%۲۰	%۰

### (Post Necrotic cirrhosis: نیکروتیک سیروزس)

پوست نیکروتیک سیروزس دھیگر د خنډینو ناروغیو له کبله مینخته راخي چې د او مولتی نودولر سیروزس پنومونو هم یادېپی غوره لاملونه Coarsely nodular هیپاتیتس بى اوسي او ایرسونه دی.

په پوست نکروتیک سیروزس کې خیگر غونج او تاوراتاو شوی وي او ژونکې بې د نودولونو خخه کوم چې د پیپ او فبروزی بانډونو پواسطه بیلې شوې وي جورې شوې وي دھیگر ژونکې له مینخته تللي وي. سترومل بې کولاس او فبروزي وي. دھیگر د بې شکله ری جینراتیف نودولونو سایز د مایکروسکوپیک خخه تر ساتي مترو پوري رسپېپی. کله کله ۸-۵ ساتي مترو په اندازه وي چې شکل او سایز بې پو دبل خخه توپسیر لری. (۴، ۲۶)

**کلینیکی بنه:**

دپوست نیکروتیک سیروزس کلینیکی بنه د لومرنی ناروغی، دسیروزس د گیلو، پورتل هایپرتینشن او دهغه د اختلاطاتو پوري اره لري چې مخکې تري يادونه شوي. پدې ھول سیروزس کې د ھیگر اندازه نارمل يا کوچنۍ او توري لوی شوي وی.

**تشخیص:**

پوست نیکروتیک سیروزس په ناخاپي توګه د جراحی کړنې پر مهال يا وروسته د مرینې خخه اویا دا چه د ھیگر د بایوپسی اخیستلو پر مهال چې د نورو ناروغیو د تشخیص لپاره تر سره کېږي تشخیصیږي یقیني تشخیص یې د بایوپسی پرمت کېږي. (۱۵، ۴)

**درملنه:**

ددې ناروغانو درملنه د پورتل هایپرتینشن او د سیروزس د نورو اختلاطاتو خارنه او درملنه ده، همدارنګه ناروغ باید دواګانو او زیات اندازه پروتین اخیستلو خخه ډډه وکړي ھکه چې د هیپاتیک کوما لامل کېږي. (۲۶، ۱۳)

**صفراوي سیروزس:** (Biliary cirrhosis)

صفراوي سیروزس د ھیگر دته یا په باندې کې د صفراوي لزو د ناروغی یا بندوالی خخه مینځته راخي. پدې ناروغی کې د صفراوته خرابېږي د ھیگر پرانشیم ویجار او فبروزي کېږي. (۲۶، ۴)

لومړنی صفراوي سیروزس د ھیگر دته کې د کوچنیو قناتونو د التهاب او بندوالی خخه پیدا کېږي.

دویمي صفراوي سیروزس د ھیگر خخه د باندې دلویو صفراوي قناتونو د التهاب او بندوالی خخه مینځته راخي. (۲۶، ۴)

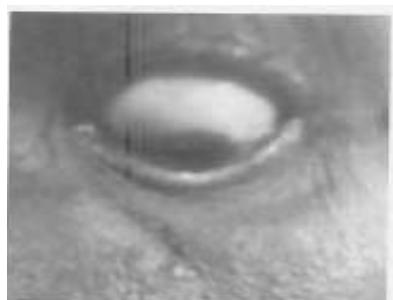
**لومړنی صفراوي سیروزس:** (Primary Biliary Cirrhosis)**لاملونه:**

دلومپنی صفراوی سیروزس لامل تراوسه پوري خرگند نه دی خوبنایي چې دھینو اتوامیون ناروغیو، Calcinosis، Raynaud phenomena، لکه Sicca syndrome، (CREST) Esophageal dysmotility، Telengiectasis تاپروئیدیتس، لومپنی کموالی IgA، Type-I DM سره یوچای وي، دلومپنی صفراوی سیروزس په ۹۰ سلنہ پیښو کې اتني میتوکاندریل اتني بادی مثبت وي. (۱۳، ۲۲، ۴)

### کلینیکي بنه

صفراوی سیروزس ۹۰ سلنہ په بسخو کې وي او ۳۵-۲۰ کلنی کې پیداکړې دیری ناروغان ګیلې نه لري خو لومپری خل د سیروم د الکالین فاسفتیازد لوروالی سره پیژندل کېږي. ګیلې او نښې یې عبارت دی له :

- ۱- خاربنت: لومپری د لسو په ورغوو او د پنسو په تلو کې وي وروسته بیا ټول بدن خاربنت کوي.
- ۲- ستړتیا (Fatiqa): ناروغ د ورځې له خوا خوبوری وي.
- ۳- میلانوزس: د ناروغ لاسونه او پښې تورېخن وي چې د میلانین زیاتوالی له کبله وي.
- ۴- په شحم کې د حل ویتامینونو مل ابسورپشن موجود وي. (۱۳، ۲۲، ۴)
- ۵- ژیرې.



(۱۴-۱) شکل کې په صفراوی سیروز کې د سکیلرا ژیرې بنودل شویدی. (۳۰)

- ۶- شحمي نس ناسته. (Steatorrhæ)
- ۷- د سیروم لیپیدونه په تیره کولسترول لور وي.
- ۸- زاتوما (Xanthoma) (په اوتارو او بندونو کې لاندې د شحم ټولیدو ته وايي)

۹- زاتیلیسما(Xanthelesma) : د سترگو شاوخوا کې د پوستکي لاندې د شحم تولیدو ته وايي.

۱۰- هایپرگمینتیشن.

۱۱- د حیگر د ژونکوبی وسی.

۱۲- پورتل هایپرتنشن.

۱۳- اتنات

۱۴- ازوفارازیل وینه بهیدنه.

۱۵- اسایتیس.

۱۶- هیپاتومیگالی.

۱۷- سپلینومیگالی.

۱۸- کلابینگ.

۱۹- دھلوکو درد.

۲۰- د ملاشمزيو تژدي کيدل Vertebral compression.

۲۱- اکیموزس.

۲۷- گلوسایتیس.

۳۰- درماتایتیس.

۲۴- اوستیومیشیا.

۳۲- د نورو اوتوامیون ناروغیو نبې نسبانی. (۱۳، ۲۲، ۴)

لابراتواری نبې:

۱- سیروم الکالین فسفاتیز لور وی.

۲- د سیروم کولسترول او لور کثافت لرونکی لیپوپروتین کچه لوره وي.

۳- هایپربریلوبینیمیا.

۴- اتئی باھی تایپر د IgG Anti mitochondrial 40:1 خخه زیات وي.

۵- د ویتامینونو کموالی.

۶- هایپوپرتورومیتینیمیا. (۱۳، ۲۲، ۴)

**تشخیص:**

لومپنی صفراوی سیروزس د کلینیکی او لابراتواری ازمونینو پواسطه تشخیصی بری با یوپسی از مونینه نه د خود ستیزونو د خرگندولو لپاره ترسه کیبری.  
۱ - Stage I : پورتل انفلامیشن او گرانولوما.

Periportal inflammation او Bile duct proliferation : Stage II - ۲

Interlobular fibrosis : Stage III - ۳

۴ - سیروزس (۱۳، ۲۲، ۴)

**توبیری تشخیص:**

لومپنی صفراوی سیروزس باید د صفراوی تیربو، تنگوالی، کنسر، پرمیری اسکلیروزینگ کولاتجیتس، سارکوئیدوزس د درملو توکسی سیتی (کلوروپرومازین) او خنپنی هیپاتیتس سره پرتله شی. (۱۵، ۴)

**درملنه:**

- ۱ - دخاربنت د درملنی لپاره لاندی درمل کارول کیبری.
- کولسترامین ۴ گرامه د ورخی دری چله، یا کولیستی پول ۵ گرامه د ورخی دری چله داوبو یاجوس سره ورکول کیبری.
- ریفامپیین ۱۵۰ - ۳۰۰ ملی گرامه د ورخی دوه چله چی لبہ گته لری.
- نالوکسان ۰.۲ مایکرو گرامه نظر په کیلو گرام وزن د بدن د انفیوژن په ډول ورکول کیبری.
- نالتريکزان دورخی ۰ - ۵ ملی گرامه د خولي دلاري.
- سیروتونین ریسپتور اتنا گونیست لکه Ondonsetron ۴ ملی گرامه دورخی دری چله.
- مقاوم خاربنت لپاره: پلازما فیروزس.

۲- دویتامین کا، چی، ای کموالی باید در ملنہ شی خو کولسترامین یې کموالی نورهم زیاتوی داوستیومالیشیا دمخینوی لپاره دورخی ۱۵۰۰ ملی گرامہ کلسیوم ورکول کیبی خود اوستیوپوریزس دمخینوی لپاره گتھور نه دی.

۳- یوروڈواکسی کولیک اسید دورخی ۱۳-۱۵ ملی گرام نظر په کیلو گرام وزن دبدن په یو یا دوو دوزونو ورکول کیبی خو کومہ توکسی سیتی نه لری یوازی دوزن دزیاتوالی لامل کیبی دا درمل دناروغی پرمختگ ځنډوی او دھیکر دپیوندیدو ضرورت کموی او نظر کولچسین او میتوتریکرات ته بنه دی.

۴- کولچسین ۰.۶mg دخولی دلاری د ورخی دوھ ئله او میتوتریکرات په اونی کې ۱۵ ملی گرامہ دخولی دلاری ورکول کیبی چې ددی سره الکالین فاسفتیز او بیلروبین نارملیبی. د پر مختللې ناروغی لپاره ځیکر بدليبی. «۱۳، ۲۲، ۴»

### دویمی صفراوی سیروزس: (Secondary Biliary Cirrhosis)

لاملونه:

د ګډ صفراوی قنات یا دھغه د خانګو دوامداره یا بشپړ بندوالی وروسته د عملیاتو خخه تنګوالی، تیبی، ځنډنی پانکراتایتس او دصفراوی لارو کنسر. په ماشومانو کې د صفراوی سیروزس غوره لاملونه عبارت دي له ولادي صفراوی اتریزیا او کیستک فبروزس خخه. «۱۳، ۲۲، ۴»

### پتالوژی او پتوجنیزس:

که د بندبنت درملنہ ونه شی د لاندې پتالوژی لامل کیبی.

۱- صفراوی احتقان پیدا کیبی چې لو مری فوکل سنترولوبولار نکروزس وي. وروسته پیری پورتل نکروزس وي.

۲- دبابی صفراوی قناتونو پراخوالی او پرولیفیراشن.

۳- پاک یا منتن کولاتجیتس چې د پی ام ان ژونکو انفلتریشن سره یوځای وي.

۴- په پورتل لاره کې پرسوب او فبروزس مینځته رائی. «۱۳، ۲۲، ۴»

**کلینیکی بنه:**

ژیپی اوخاربنت دnarوغی لومپنی گیلی دی. که چیرې تبه دگیله د بنی پورتنې کودرانت درد سره یوځای وي دکولانجیتس بندونه کوي. کلینیکی خیره يې د لومپنی صفراوي سیروزس په شان دی. (۱۳، ۲۲، ۴)

**درملنه:**

داندوسکوبی یا د جراحی کرنې پواسطه بندبنت له مینځه ورل دی. داتنان د مخنيوي لپاره اتسي بيوتیک ورکول کيږي. (۱۳، ۲۲، ۴)

**(Cardiac Cirrhosis): دزره سیروزس**

دبني زړه دوامداره شدیده احتقاني بې وسی د حیگر د ځنډنې ناروغی او ان د سیروزس لامل کيږي چې په حیگر کې فبروزي او استحالوي نوه ولونه مینځته راخي. د زره په بېړنۍ بى وسی او سیستمیک هایپوتشن کې د حیگر پاسیف او بيرته ګرځیدونکی احتقان وي. (۱۳، ۲۲، ۴)

**لاملونه:**

دزره د سیروز لاملونه عبارت دي له: دزره دسامي ناروغی، کنسټركتیف پریکاردایتس، ځنډنې ریوی زړه چې لس کالو څخه زیات دوام وکړي. د بنی زړه په دوامداره بې وسې کې د بستکنی وریدي تشو او د حیگر د وریدونو فشار لوپیږي چې په حیگر کې د احتقان لامل کيږي. د ګراس له نظره حیگر تور (احتقاني) او خاسف (فبروزي) بسکاري چې د اغوزي حیگر (Nutmeg liver) په نوم یادېږي. (۱۳، ۲۲، ۴)

**کلینیکی بنه:**

دnarوغی کلینیکی بنه د حاد واپرسی او د درملو پواسطه مینځته راغلي هیپاتیتس په شان وي.

د ترای کسپید د دسامپه بې وسی کې ئیگر نبضانی وي خو كله چې سیروزس مینخ ته راشی نبضان ورک کیبری. ئیگر لوی، كلک، او بى دردە وي. د زړه د بې وسی گیلې او نسبې د ئیگر د ناروغی کلینیکي بنه پتھوی. د مری وریزل وینه بهیدنه نادر وي خو ئنډنی انسفالوپاتی په خرگند ډول د لیدلو وړوی چې شدت يې كله زیات او كله کمیبری. اسايتیس او پرسوب په لومړي ډول شته وي خود ئیگر د ناروغیو سره زیاتبری.

((۱۳، ۲۲، ۴))

### لابراتواری ازمونی:

د سیروم بیلروین (کنجوگیت یا ان کنجوگیت) او الکالین فاسفوتیز لوروی او AST په کمه اندازه لوروی پر وړومبین تایم كله كله او بردیری. ((۱۳، ۲۲، ۴))

### تشخيص:

که چیرې لوی كلک ئیگر (د ئیگر د ئنډنیو ناروغیو د نښو سره) د زړه د سیروزس د لاملونو سره یو ځای شته وي باید د زړه د سیروزس خواته پام وشی. تشخيص يې د بايوپسی پرمت کیبری. همدارنګه که په ګډه سره د ئیگر او د زړه ئنډنی ناروغی شته وي باید هیموکروماتوزس، امیلوايدوزس او ارتشاھی ناروغی د پام خخه ونه ایستل شي. ((۱۳، ۲۲، ۴))

درملنے: د زړه د سیروزس مخنيوی او درملنے د بنسټیزو ناروغیو د درملنې او تشخيص پوري اړه لري. ((۱۳، ۲۲، ۴))

### د ئیگر د سیروزس لوی اختلالات

#### (Major Complication of Liver Cirrhosis): پورتال هایپرتنشن (Portal Hypertension)

پورتل هایپرتنشن د پورتل د ورید د فشار دوامداره لوروالی ته وايي چې په نارمل حالت کې ۲-۵ ملی متره سیما به وي. د پورتل هایپرتنشن کلینیکي بنه او اختلالات هغه مهال مینخته رائي چې د پورتل ورید فشار د ۱۲ ملی متره سیما بولڅخه پورته شي.

((۱۳، ۲۲، ۴))

## لاملونه او پتوجنیزس

دھای له اندہ دپورتل ها یپرتتنشن لاملونه:

- ۱- اکسترا هیپاتیک پوست ساینوسوئیدل Budd Chiari Syndrom
- ۲- اتراء هیپاتیک پوست ساینوسوئیدل (د وریدونو بندبئی ناروغی)
- ۳- سینوسوئیدل. دھیگر سیروزس، میتاستاتیک ناروغی، کیستونه.
- ۴- اتراء هیپاتیک پری ساینوسوئیدل (شیستوزومیازس، سارکوئیدوزس).
- ۵- اکسترا هیپاتیک پری ساینوسوئیدل دپورتل ورید ترومبوزس (سیپ سیس، دخولی دلاری د امیدواری ضد درمل، ترومبوتیک ناروغی، دگیلی تروما، دھیگر یا پانکراس خبیثه ناروغی، پانکراتایتس. «۱۳، ۲۶، ۴»)

په ماشومانو او ھوانانو کې دپورتل ها یپرتتنشن لامل دھیگر خخه دباندې دپورتل ورید بندبئت دې او په غټانو کې دھیگر سیروزس دی. «۱۳، ۲۶، ۴») دپورتل رگونو د تینګار د زیاتوالی له کبله دھیگر دوینې بهیر کمیبی چې په پای کې د پورتل ورید او سیستمک رگونو تر منځ کولاتیرال (شنتونه) جورپیری چې زیاتره د مری، معده، ریكتوم، دگیلی د مخکینی دیوال، د پنستورگو، د تخدمانونو او د خصیو په رگونو کې جورپیری. (۲۶، ۴)

کلینیکي بنه:

د توري لویوالی، ها یپرسپلینیزم (ترومبوسایتوپیینیا، لوکوپیینیا، انیمیا) کاپوت میدوزا، وریدی هوم، د گاستروازوفاژیل واریز دخیری کیدوله امله وینه بهیدل (میلانا او وینه لرونکې کانگې) د ریكتوم واریزس، فیتورھیپاتیک، اسایتس او دھیگر انسفالوپاتی. (۲۶، ۴)

اختلاطات:

وریزال وینه بهیدنې (مری، معده) احتقانی گاستروپاتی، ها یپرسپلینیزم، اسایتس، د پنستورگو بې وسی، دھیگر انسفالوپاتی، بکتریمیا، انفسکشن او مل تریشن.

### واریسل وینه بھیدنه (Variceal Bleeding)

شدیده وینه بھیدنه دبور تو سیستمیک کولانیرال دھرپ برخی خخه پیدا کیږي خو  
معمول خای یې د معدی او مری د نبنتیدو ئای دی.

د واریزس خخه وینه بھیدنه د پورتل هاپرتنشن درجی (۱۲ ملی متره سیمات خخه زیات وي) او د واریزس سایز پورې اړه لري. واریزس په ۹۰ سلنہ سیروتیک ناروغانو کې وي چې یوازی یو پر درې کې وینه بھیرې. که په یوناروغ کې د هضمی لارې وینه بھیدنه شته وي په اندوسکوپی کې د واریزس لپاسه سره نښه وي او دھیگر شدیده ناروغی شته وي نود واریزس وینې بھیدنې بشودونکې ده. (۲۲، ۴)

درملنه:

طبی لارې چارې:

الف: د حاد واریزل وینې بھیدنې لومنې لارې چارې:

دمعدی معایي وینې بھیدنې د لزو چارو لاندې دې وکتل شي.

۱- بیا رغونه (Resuscitation)

۱- د ناروغ عمومي حالت، نبض او دوینې فشار خرگند شي.

۲- وریدي لین تطبيق شي. وینه بايد دوینې د گروپ، کراس مچ، هیموګلوبین، پرتوэмین تایم ، اترنیشنل نارمالایز ریشو (INR)، یوریا، الکترولايت، کریاتینین، دھیگر د بیوشمیکو ازمونو او دوینې د کرنې لپاره لابراتوار ته واستول شي.

۳- دوینې حجم د پلازما اکسپاندیر او دا پتیا په صورت کې دوینې ترانسفیوژن سره پوره شي.

۴- د اسایتس مایع وویستل شي.

۵- الکول و درول شي او تیامین ورکړل شي. (۲۲، ۴)

۶- حاد اندوسکوپی:

کله چې د ناروغه هیمودینامیک حالت بنه شود و اریزس د تشخیص او دوینې د بهیدنې د نورو لاملونو (میلری ویس سندروم، پیپتیک السر، پورتل هاپرتنسیف گاستروپاتی) د ردولو لپاره باید اندوسکوپی ترسره شي. (۲۲، ۴)

بیرنې اندوسکوپیکه درملنه په دوه ډوله ده.

بیابیا بانډینګ د ۳-۱ او نیو په موده کې تر هغه پورې ترسره کیږي تر خو چې وریزس له مینځه لارې شي او یا یې سایز کوچنی شي.

په اسکلیروترپی کې اسکلیروزوانت توکی په وریزل ترانک کې زرقیږي (ایتانول امین تیترادیسالیل سلفیت) بانډینګ او اسکلیروزوانت ۹۰-۸۰ سلنہ اغیزه لري. (۲۲، ۴)

### ۳- نوری لارې چارې

وازو کنستربیکتور تراپی:

تیرلیپریسین: دایو غښتلی وازو کنستربیکتور ده چې لومړی ۲ ملی ګرامه هر ۲ ساعته وروسته او وروسته د ۴۸ ساعتو خخه یو ملي ګرام هر ۲ ساعته وروسته ورکول کیږي او د زره په اسکیمیک ناروغیو کې نه ورکول کیږي.

بدی اغیزې یې عبارت دې له د ګیدې د کولیکی دردونو او د مخ د خسافت خخه.

سوماتوتستاتین: دا په یو ساعت کې ۳۲۰-۵۰۰ مایکرو ګرام د انفیوژن په ډول ورکول کیږي. دا په هغه حالاتو کې ورکول کیږي چې تیرلیپریسین پکې نشوکارولی. (۲۲، ۴)

بالون تمپوناد:

دا کړنې هغه مهال کارول کیږي چې اندوسکوپیک تراپی یا وازو کنستربیکتور درملنه ناکام شي یا یې کارول شونی نه وي او د شدیدې وینې بهیدنې خطر شته وي.

تیوب یې د Sengastaken blackemor پنوم یادېږي. (۳۶)

دا د نازو ګستربیک تیوب د لاری ورکول کیږي تیوب د ۱۲ ساعتو لپاره اینسول کیږي او د اندوسکوپی د کړنې د ترسره کولو خخه مخکې لیرې کیږي. د اتخنیک ۹۰ سلنہ ګټه لري.

اختلاطات یې عبارت دی له اسپریشن نمونیا، د مری، سور کیدلو، مخاطی تیپونو،

هوايي لارو بنديز خخه . ۵ سلنہ مرینه لري دکپني دترسره کولو خخه دمخه اندو ترخيال اتھوبیوشن اريين دی . (۳۲)

#### داننان د مخنيوي لپاره :

داننان او د مېينو د خطر دکموالي لپاره دخولي يا رګ دلاري سپروفلوکزاسين ۵۰۰ ملي گرامه دورخې دوه خله يا لیوفلوکزاسين ۵۰۰ گرامه په ۲۴ ساعتو کې يو خل ورکول کېږي . (۳۲)

ویتامین کا :

که پروترومبین تایم ابنارمل وي نو ۱۰ ملي گرامه دپوستکي لاندي ورکول کېږي . (۳۲)

#### دانسفالوپاتي د مخنيوي لپاره :

دانسفالوپاتي دلارو چارو تر عنوان لاندي دی وکتل شي .

نرسنگ :

ناروغ په شدیدي خارني په یونټ کې بايد تر هغه پوري بستر شي تر خو چې وينه بهيدل ودرېږي . دخولي دلاري خه شي نه ورکول کېږي . (۳۲)

سکرافت :

دازو فاژيل ټپونو د کمولو لپاره داندو سکوپیک تیراپي خخه وروسته یو گرام دورخې خلور خله ورکول کېږي . (۳۲)

ب: د بېرنى بیا وینې بهيدنی د مخنيوي لاری چاري :

۳ سلنہ ناروغانو کې دلومړنۍ اندوسکوپیک درملنې خخه وروسته د ۵ ورخو په موده کې بیا وینې بهيرې ددې وینې بهيدنې سرچينه بايد د اندوسکوپی پواسطه پیدا او لامل یې د اسکلیرو تیراپي پواسطه درملنې شي . (۳۲)

۱ - Trans jugular intrahepatic portacaval shunt (Tips)

که د ۵ ورخو په موده کې د دوه اندوسکوپیک درملنو سره وینه ونه دریده نو Tips تر

سره کیبی. (۳۲)

۲- بیرپنی جراحی درملنه:

داھغه مھال تر سره کیبی چې وینه د نورو لارو چارو سره ونه دریبې اویا Tips ته لاس

رسی نه کیبی. (۳۲)

ج: د متکرر وریزل وینی بهیدنی مخنيوی:

که لومنپنی وینه بهیدنی و دریده او د ۴ اوئنیو په موده کې بیا وبھیبې نو ددې مخنيوی

په لاندې توګه کیبی. (۳۲)

۱- داوبدې مودې لارې چاري:

- اندوسکوپیک درملنه:

داوبدې مودې لپاره باندلیگاشن ۲۰-۵۰ سلنده د بیا وینې بهیدنی خطر کموي. (۳۲)

- بیتا بلاکر:

نن سلیکتیف بیتا بلاکر (پروپانولول، نادولول) ۳۲ سلنده د ازو فاژیل او گاستریک

واریزس خخه دوینې بهیدنی خطر کموي. (۳۲)

پروپانولول ۲۰-۲۰ ملی گرامه د ورځې دوه خله اویا اوبردہ اغیزه لرونکی پروپانولول

۲۰-۸۰ ملی گرامه د ورځې یوڅل کارول کیبی. (۳۲)

نادولول ۴۰ ملی گرامه د ورځې یوڅل او دوز یې ۱-۲ اوئنیو په موده کې تر هغه پوري

لوړیبې تر خو چې دزړه ریټ په یوه دقیقه کې ۵۵ ته ورسیبې پدې شرط چې دوینې

سیستولیک فشار ۹۰ ملی متره سیما بوكې وساتل شي. (۳۲)

دا د اندوسکوپی په پرتله د بیا Transjugular prortosystemic stent shunt •

وینې بهیدنی اندازه کموي. (۳۲)

۲- جراحی درملنه:

الف: سرجیکل پورتوسیستمیک شنت

ب: ډی واسکولا رایزیشن پروسیجر

ج: دھیگر بدلول. (۳۲)

### دتوری غتوالی (Splenomegaly):

شدید پورتل هایپرتنشن د توری د غتوالی معمول لامل دی او نادر لامل بی د سپلان  
شینیک وریدی وینی دبھیر زیاتوالی دی. (۲۶، ۴)

کلینیکی بنه:

دیری ناروغانو کې گیلې نه وي خوپه ئینو کې بسا یی ترومبوسا یوتوبینیا یا پان  
سا یوتوبینیا وي. كه چیرې د توری د غتوالی سره سیروزس او واریزس وینه بھیدنه نه وي  
لامل بی د توری د وریدونو ترومبوزس وي. (۲۶، ۴)

درملنه:

د توری غتوالی كوم ئانگرې درملنه نه لری خو كه دیر زیات غت شوی وي د جراحی  
شنت په وخت کې توری ایستل کېږي. د جراحی شنت خخه پرته یې ایستل د پورتل  
هایپرتنشن او د توری د وریدونو د ترمبوزس لامل کېږي.

كه توری د پورتل هایپرتنشن او یا د توری د وریدونو د ترمبوزس له کبله غت شوی وي  
نو ایستل کېږي خوپه ترومبوسا یوتوبینیا کې نادرآ ایستل کېږي او په هغه رنځورانو  
کې چې دھیگر بی پیوند شوی وي نه ایستل کېږي. (۲۶)

### اساپیس (Ascites):

اساپیس د پریتوان په تشه کې د مایعاتو تولیدو ته واپی چې دھیگر د سیروزس معمول  
اختلاط دی. لاندې فكتورونه د هغه په مینځته راتلو کې ونده لري. (۳۲، ۱۳)

۱- د سودیم او او بو احتباس د چاپیریالی شریانو د پراخوالی او د ایفکتیف هایپو  
والیوما له کبله مینځته راخي. شریانونه د تریک اوکسید، ازینی ناتری یوریتیک  
پیپتید او پروستاگلانیدن دافراز پواسطه پراخیرې. دوینې د حجم د کموالی له کبله  
سمپاتیک عصب او رینین انجیوتنسین سیستم فعالیېږي چې دوی د مالگې او او بو  
د احتباس لامل کېږي. (۳۲، ۱۳)

۲- په پورتل هایپرتنسن کې د ھیگر او سپلان شینیک وریدونه پواسطه د لمف جورېدل زیاتیرې او د پریتوان په تشه کې ترانسسودیشن کوي چې ددې تشي د هایدروستاتیک فشار د لوړیدو سبب گرئي.

۳- په سیروزس کې د ھیگر په واسطه د الومین جورېدل کمیرې چې پدې ډول د پلازما ان کوتیک فشار کمیرې. (۱۴، ۱۳، ۳۲)

**کلینیکي بنه:**

د ګیدې پرسوب چې د اسایتیس سره مل وي د خواونیو اویا په چټکې سره د لبو ورخو په موده کې پیداکیږي. تشدید کوونکي فکتورنه یې عبارت دي له: د سودیم زیات خورلو، د ھیگر دژونکو د کارسینوما او د سپلان شینیک وریدو ترومبوس خخه. په کمه اندازه سره د ګیدې درد وي او که شدید وي د خپل سري بکتریا یې پریتونیتس خواته باید پام وشي. (۳۲)

دشید اسایتیس سره تنفسی ستونزی پیداکیږي. په ګیدې کې د مایعاتو ستون د Fluid wave او Shifting dullness پواسطه خرگندېږي ډیری ناروغانو کې چاپیریالی پرسوب، د خصیو پرسوب او دنبی خواپلورل ایفیوژن وي (اسایتیک مایع د دیافراگم د ولادي دیفکټ خخه پلوراته تیرېږي). (۳۲)



۱۵-۱) شکل په سیروتیک ناروغ کې اسایتیس او د نامه چوره (۳۰).

## لابراتواری پلتني:

التراساوند د اسايتپس د خرگندولو لپاره (ان په چاغو خلکو کې او که کچه يې لې هم وي) خانگرې ازمونینه ۵۵.

پاراستیزس د اسايتپس شتون خرگندوي او د مایع د انالیزس لپاره هم گتیور دی. په سیروزس کي مایع روښانه، بې رنگه يا روښانه شین او ترانزوودیت وي او د مجموعی پروتین کچه يې په يو لیتر کې د ۳۲ گرامو خخه لې وي. (۱۴، ۳۸) که د سیروم د اسايتیک البومن توپیر د ۱.۱ گرام في دیسي لیتر خخه زیات يا مساوی وي نو د اسايتپس لامل پورتل دی او که د دې خخه کم وي لامل يې غیرپورتل دی. په ۳۰ سلنہ ناروغانو کې د اسايتپس د مایع مجموعی پروتین په يو لیتر کې د ۳۰ گرامو خخه دير وي. (۱۴، ۱۳، ۳۸)

که د اسايتپس د مایع د املیز کچه په يو لیتر کې د ۱۰۰۰ یوتیو خخه دير وي د پانکرايتک اسايتپس بنودنه کوي او که گلوكوز يې لې وي د خبیثه ناروغیو يا د توبرکلوز بنودنه کوي. سایتولوژیکي ازمونینې د خبیثه ناروغیو د پیژندل لو لپاره ترسره کيږي. که د پي ام ان ژونکو شمير په يو لیتر کې د  $250 \times 10^6$  خخه زیات وي نواتانی لامل بنسيي (خپل سري بكترياسي پريتونيتس). لپراسکوپي هم د پريتوناني ناروغیو د خرگندولو لپاره کارول کيږي. (۳۸)

درملنه:

د اسايتپس د درملني سره د ناروغ نآرامي ارامېږي خوژوند يې او بديدلې نه شي. که زیاته کچه مایعات وویستل شي د الکترولاتيونو بیلانس خرابېږي چې دھیگر د انسفالوپاتي لامل کيږي.

دارپتیاو له مخې اسايتیک مایع د پاراستیز پواسطه ایستل کيږي. د مالګې او او بوضایع کيدل دوزن داندازه کولو له مخې اندازه کيږي. دورخې د ۹۰۰ ملي لیترو خخه دير مایعات بايد ونه وویستل شي او د ډيو کيلو گرام خخه دير وزن کم نه کړل شي. (۳۸)

### دسودیم او اوبو محدودول:

په خورو کې دورئي ۱۰۰ ملی موله سودیم بس ده. که اسایتس شدید وي بايد دورئي ۴۰ ملی مولو ته کم کړل شي. هغه درمل چې سودیم لري اویا دسودیم د بندیدو لامل کېږي (نن ستروئید التهاب ضد درمل) بايد ورنکړل شي. (۳۸)

که دnarوغانو دسیروم سودیم اندازه د ۱۳۲ ملی مولو خخه لړوی دورئنی اوبو خکلو اندازه بې ۵،۱ لیتره پوری وي.

### دای یوري تیک:

سپیرونولکتون دورئي ۱۰۰-۴۰۰ ملی ګرامه ورکول کېږي خود بدہ مرغه دوامداره کارول بې د تیونو د دردناکه غتیدلو او هایپرکلسیمیا لامل کېږي. په ځینو ناروغانو کې غښتلې دایوریتیک لکه لازیکس چې لومرۍ حل درګ دلاري ۸۰ ملی ګرامه ورکول کېږي. که ناروغ د ۴۰۰ ملی ګرامه سپیرونولکتون او ۱۶۰ ملی ګرامه لازیکس سره بنه نه شي نو تینګاری حالت دی. (۳۸)

### پاراستیزس (paracentesis):

مایعات هغه مهاله دیر (دورئي ۲-۴ لیتره) ایستل کېږي چې اسایتس کتلوي وي تنفسی ستونزې تینګاری وي او د دای یوري تیک بدې اغیزې وي. دهريو لیتر ایستل شوي مایع په بدل کې ۲-۸ ګرامه انساني البومن ورکول کېږي. داسایتس د بیا مینځ ته راتګ د مخنيوی لپاره دای یورتیک ورکول کېږي. (۳۸)

### : Transjugular intrahepatic porto systemic shunt (TIPS)

د تینګاری اسایتس او واریزل وینې بهیدنې اغیزمنه درملنہ ده اختلالات یې عبارت دي له دھیگر کوما، اتناټاتو او دشنت د تنګوالی خخه. (۳۸)

### پیری تونیوس وینوس شنت:

دا په مقاوم اسایتس کې اغیزمنه ده بابېړي یې عبارت دي له اتناټاتو د پورتنيو وریدي تشو ترومبوزس، دسېرو پرسوب، دمری دواریزس خخه وينه بهیدنہ او د رګونو دننه پراخې کواګولوپاتې خخه. (۳۸)

**دپریتوان خودسره بکتریایی التهاب (SBP)**

داسایتس دغوره اختلاطاتو خخه دی چې په ۸ سلنہ سیروتیک ناروغانو کې پیداکیرې. انسان پریتوان ته دوینی، دکولمو دیوال او میزاتریک او دلمفاوی لارو نتوزی، معمول اتنانات چې د خپل سری بکتریایی پریتونیتس لامل کېږي عبارت دی له: ایکولانی، کلیبیسیلا او اینتیروکوک خخه. (۴، ۳۲)

که د اسایتس په ناروغ کې د شعوری حالت خرابوالی، دپنستورگو دندو خرابوالی، تبه، او د ګیډې درد پیداشی نو د خپل سری بکتریایی پریتونیتس بسودونکی دی.

په فزیکی ازموننه کې دھیگر د ځنډنیو ناروغیو نښې شته وي. ۵۰ سلنہ خخه کمو پیښو کې د ګیډې درد شته وي او که ډیر وي نو بايد د بل لامل لپاره پلتنه وشي.

داسایتیک مايغ د تروفیل شمیرد 250cel/ml خخه لور وي. (۴، ۳۲)

تفریقی تشخیص ئې د دویمی بکتریایی پریتونیتس سره کېږي چې پدې کې انسان پریتوان ته د ګیدې دته لاري خپرېږي.

داسایتس دمايغ ګلوکوز د 50mg/dl خخه کم وي، LDH لور وي او PMN شمیرد 10000/ml خخه زیات وي. ټوتل پروتین د 1gm/dl خخه زیات وي د تشخیص لپاره د

ګیدې ساده رادیوگرافی او CT Scan ترسره کېږي. (۴، ۳۲)

**مخنیوی:**

د SBP د مخنیوی لپاره نارفلوکراسین ۴۰۰ ملی ګرامه دورخې دوه څله یا سپروفلوكراسین ۷۵ ملی ګرامه په اوئني کې یوخل یاترای میتوپریم سلفامیتوکساسازول ډبل تابلیت دورخې یوخل کارول کېږي او په غیر اختلاطي اسایتس کې د مخنیوی لپاره نه ورکول کېږي. (۴، ۳۲)

**درملنه:**

سیفوتكزیم درګ دلاري ۲ ګرامه د ورخې ۳-۲ څله (که د پنستورگو دندې نښې وي) ورکول کېږي. که چیرې انتیروکوک وي نو امپی سیلین ورسره مل کېږي، د درملنې یې تر ۱۰-۵ ورخو پوري دوا م ورکول کېږي. تر خو چې PMN شمیرد 250cell/ml خخه کم

شي. ۴۰ سلنہ ناروغانو کي د پنستورگو بې وسى مينخته راھي چې د مړيني لامل کيربي.  
د SBP بنه درملنه د حیگر ترانس پلان تیشن دي. (۳۷)

### هیپاتورینل سندروم (Hepatorenal Syndron):

لس سلنہ پرمخ تللي سیروزس او د اسایتس ناروغانو کي دا سندروم مينخته راھي.  
پدوه چوله دی چې دواړه یې د شدید رینل وازوکنستريکشن خخه مينځ ته راھي. اول  
تیپ هیپاتورینل سندروم اولیکویوریا، د سیروم د کریاتینین چټک لوریدل لري خوپه  
تشو متیازو کي د سودیم اطراح د ورځی ۱۰ ملی مولو خخه لږه وي، د تشو متیازو او  
پلازما دازمولالیتی انډول د ۵، ۱ خخه ډیر وي او پروتین یوریا نه وي.

ددې ډول انتار خراب وي او دیوې میاشتې په موده کي د درملني خخه پرته ناروغ مری.  
د هیپاتورینل سندروم د تشخيص خخه مخکې باید د پنستورگو د بې وسى نور لاملونه  
رد شي. د درملني لپاره البومن دانفیوژن په ډول د تیرلیپریسین سره ګله ورکول کيربي  
چې یو پر درې ناروغانو کي اغیزه کوي. هیمودیالیزس په روئین ډول نه ترسره کيربي.  
هغه ناروغان چې ژوندي پاتې کيربي بنه به داوي چې حیگر یې بدل شي.

دویمي ډول یې په تینګاري اسایتس کي پیداکيربي چې د سیروم کریاتینین په منځنۍ  
کچه لور او انتار یې بنه وي. (۱۵، ۴)

### دھیگر انسفالوپاتي (Hepatic Encephalopathy):

پېژندنه

دھیگر انسفالوپاتي یو پیچيلی عصبی عقلی سندروم ده چې د شعور او سلوک  
ستونزو، د شخصیت بدلون، د نیورو لوژیک ستونزو، د استریکزس (Flapping Tremor) او  
د الکتروانسفالوگرافیک بدلونونه په کې لیدل کيربي.

انسفالوپاتي بنائي بېړنۍ (بېرته ګرځیدونکي) یا ځنلهنۍ (پرمخ تلونکي) وي شدیده  
انسفالوپاتي په کوما او مړینې باندې پای مومي. (۱۳، ۲۲، ۳۲)

لاملونه:

۱- دھیگر سیروزس.

۲- Acute Fulmenint hepatic failure

۳- Portal hypertension due to spontaneous shunt

۴- Portal hypertension following porto systemic shunt procedure (Tips)

(۴، ۲۲، ۱۳)، (۳۲)

**پتوجنیزس:**

دھیگر د انسفالوپاتی د پیداکیدو میکانیزم تراوسه پوري خرگند شوی نه دی خود  
ھیگر په سیروزس کی دباب ورید او سیستمیک دوران تر مینځ کولاتیرال (شنتونه)  
جورېږي چې ددې لارې په کولمو کې د نایتروجنی پاتی شونی توکسیک (زهرجن) توکی  
نېغه په نېغه (پرته له دې خخه چې په ھیگر کې بى اغیزه شي دماغ ته ئې چې د  
انسفالوپاتی لامل کېږي. (۴، ۲۲، ۱۳)، (۳۲)

ھغه توکسیک توکی چې د انسفالوپاتی لامل کېږي عبارت دی له امونیا، ازاد شحمی  
اسیدونو، مرکپتان، د دروغجن نیوروتراترمیترودمه کیدلو (اوکتاپامین)  
د گاما امینوبیوتاریک اسید. همدارنگه په وینه کې د اروماتیکو  
امینواسیدونو (فینايل الاتين، تایروسین) د کچې د لورپالی خخه.

یو له دوي خخه غوره یې امونیا دی چې په کولمو کې د بكترياو پواسطه د توتیه شوی  
پروتین خخه جورېږي. (۴، ۲۲، ۱۳)، (۳۲)

د ھیگر د انسفالوپاتی لپاره مساعدونکي فکتورونه په لاندې ډول دی.

۱- د نایتروجنی توکود جورېښت زیاتوالی لکه: معدې معايي وينه بهيدنه، زيات  
پروتیني خواره، ازوتيما، قبضيت.

۲- د الکترولايتو او ميتابوليک بيلانس خرابوالی لکه: هايپوكليميا، الکالوزس،  
هايپوكسيما، هايپواليوميما

۳- درملونه لکه: نارکوتیک، ترانکولائزر، سیداتیف، دای یوري تیک

۴- بيلابيل لاملونه لکه: انتانات، جراحی کېنه، دھیگر د نوروبيونيو ناروغیو مل

کیدل، دھیگر پر مختللي ناروغی، پورتل سیستمیک شنت (۳۶، ۲۲، ۱۳، ۴)

کلینیکي بنه:

که انسفالوپاتي په بېړنۍ توګه د مساعدونکي فكتورونو په شتون پیل شي نو ناروغ غړي خوبجن حالت او کوما ته هېي.

په ځنډنۍ انسفالوپاتي کې د شخصيت، سلوک، ذکاوت او دخوب ګډودي وي ناروغ نارامه او مخرش وي. د ماغي خپرتیا لري او ورو ورو خبرې کوي. څای او وخت پیژندلای نه شي. زړه بدوالی، کانګې او کمزوري لري. هایپرریفلیکسيا او هایپرتونیک وي نبې په لاندې ډول دی (۱۴، ۱۵، ۲۲)

۱- د ناروغ تنفس بد بویه او د موبری دبوی په شان وي چې د مرکپتان له کبله وي.

۲- Flapping Tremor: په پنسوا او لاسونو، سرا او تنه کې ګډود او غیر متناظر حرکتونه وي.

۳- Apraxia: ناروغ د لیکلوا او رسم کولو توان نه لري. دھیگر انسفالوپاتي هغه مهال تشخیصیږي چې خلور لاندې لوی فكتورونه شته وي.

۱- دھیگر د ژونکو د بېړنیو یا ځنډینو ناروغیو یا د پورتوصیستمیک شنت شتون.

۲- د سلوک ګډودي لکه هیريدل او د ماغي خپرتیا (Confusion).

۳- نیوروولوژیک نبې (لکه استریکزس، شخوالی، د عکساتو زیاتیدل، ایکستنسور پلنټر نبې) شته وي.

۴- الکتروانسفالوگرافیک بدلونونه.

توبیری تشخېص:

دالکولو بېړنۍ تسمم، د سیداتیف دوز لوروالی، د لیریم تریمنس، ویرنیک انسفالوپاتي، کورساکوف سایکوزس، سب دورال هیماتوم، میننجیتس، هایپوگلایسیمیا، میتابولیک انسفالوپاتي. (۲۲)

۱- جدول دھیگر د انسفالوپاتي ستیژونه (۲۲)

ستیز	دماغی حالت	استریکزس	الیکت رو اینسیفالوگرافی
I	ایفوریا دیپریشن خفیفه دماغی (Confusion) خرپتیا دخوب گهودی ورو ور و خبری کول	+/-	ترای فیزیک صفحی
II	لیتارجیک، منحنی دول دماغی خرپتیا	+	ترای فیزیک صفحی
III	شدید دماغی خرپتیا بسی ترتیبیه خبری، دخوب گهودی	+	ترای فیزیک صفحی
IV	کوما، لومپی حل دشیدی په مقابله کې خواب وايی وروسته يې نه وايی	-	دلتا (موجی) فعالیت

درملنه:

- ۱- د درملنې موخي عبارت دي له برابرونکو فكتورونو له مينځه ورل يا درملنه، د امونیا د جورپیدو او د جذب د مخنيوی خخه.
- ۲- د کولمی د پاکولو لپاره مګنیزیم ستریت ۱۲۰ ملی لیتره ۴-۳ ساعته بعد يا لکتولوز ۱۰-۳۰ ملی لیتره د ورڅې درې خله د نازوګستربک تیوب دلاري تر هغه ورکول کېږي تر خو چې کولمه دوینو خخه پاکه شي لکتولوز د کولون پې اېچ اسيدي کوي تر خو چې د امونیا جذب کم کړي همدارنګه که ناروغ دخولی دلاري لکتولوز خورلی نه شي ۳۰۰ ملی لیتره لکتولوز د ۷۰۰ ملی لیتره د مالګین سیروم سره یو خای ۲۰-۳۰ دقیقو په موده کې د امالی په دول ورکول

کیپری او د اړتیا په صورت کې ۲-۴ ساعته بعد تکراریپری لکتولیل هم ورکولای شو (۳۷، ۲۲، ۳۸)

۳- د کافی کالوري پوره کولو لپاره ناروغ دنازو ګستريک تیوب دلاري تغذیه شي او د ۴۸ ساعته خخه زیات دپروتین خورل بند نه شي.

۴- دامونیا تولیدونکی بکتریا او له مینځه ورولو لپاره اتنی بیوتیک ورکول کیپری. (ریفامکزیمین) نه جذبیدونکی اتنی بیوتیک دی چې د ورځې ۱۲۰ ملي ګرامه دخولی دلاري ورکول کیپری. (۱۵، ۲۲، ۲۲)

وانکومایسین یو ګرام دخولی دلاري دورځې دوه څله، میترونیدازول ۳۶۰ ملي ګرامه دخولی دلاري دورځې دری څله نیومایسین دخولی دلاري ۱-۵.. ګرامه هر ۱۲-۲ ساعته بعد د ۷ ورځو لپاره ورکول کیپری.

۵- وریدي مایعات د اړتیا په صورت کې (سودیم زیات نه وي) ۶- داتناناتو درملنه.

۷- خرنګه چې اوپیات او سیداتیف په ئیگر کې میتابولیز کیپری ورنه کړل شي او د نارامی په صورت کې oxazepam دخولی یا نازو ګستريک تیوب دلاري ۱۰-۳۰ ملي ګرامه په ډیرې پاملنې سره ورکول کیپری.

۸- که د زینګ فقدان وي د ورځې ۲۰ ملي ګرامه په کسری دوزونو ورکول کیپری.

۹- سودیم بنزوویت دخولی دلاري ۱۰ ګرامه او Ornithin دخولی دلاري ۹ ګرامه دورځې درې څله ورکول کیپری چې د سیروم امونيا کچه کموي.

۱۰- فلومازینیل په انسفالوپاتی کې ۳۰ سلنډ اغیزه لري او د درګ دلاري ورکول کیپری. (۳۷، ۳۶، ۲۲)

### د ئیگر دسیروزس نور اختلاطات:

#### کانجستیف ګاستروپاتی (Congestive Gastropathy):

احتقانی ګاستروپاتی د ځنډنۍ پورتل هایپرتنشن اختلاط دی چې په اندوسکوپیک

ازموینه کې په معدہ کې زیات شمیر د تکو په شان سوروالی لیدل کېږي همدارنګه کله کله نوموري پتالوزیک افتونه د معدي او د کولمو په نورو برخو کې هم د لیدو وړوي. وينه د اغیزمنی ځای د گریدلو څخه بهېږي چې د او سپنې د کموالی د انيميا لامل کېږي. د درملنې لپاره د او سپنې مستحضرات ورکول کېږي. کله کله دوینې ترانس فيوژن ته هم اړتیا پیدا کېږي. د پورتل فشار د لړولو لپاره دورخې ۱۲۰-۸۰ ملی ګرامه پروپانولول ورکول کېږي. که چیري درملنه بې اغیزې شو نو TIPS ترسره کېږي. (۳۸)

### هیپا توپلموناري سندروم (Hepatopulmonary Syndrome)

ټيری سیروتیک ناروغان د پلموناري هایپرتنسن، پلورال ایفیوژن او هیپا توپلموناري سندروم له کبله هایپوکسیک وي.

هیپا توپلموناري سندروم او صاف عبارت دي له: هایپوکسیا (PaO<sub>2</sub>) ۷۰ ملی متر سیما بو څخه کم وي) د سبرود د دنتی رګونو پراخوالی او د خیگر په ځنډنیو ناروغیو چې د پورتل هایپرتنسن سره یوځای وي.

کلینيکي بنه يې عبارت دی له کلابینګ، سیانوزس Spider navi، د ولارې په حالت کې د هایپوکسیا د گیلو څخه او همدارنګه د ولارې یا ملاستی حالت کې سالنډي پیدا کېږي.

درملنه يې د خیگر ترانس پلاتیشن دی. که چیري د او کسیجن اندازه د ۵۰ ملی متر سیما ب څخه بنکته وي نونه ترسره کېږي. (۳۸)

### پورتوپلموناري هایپرتنسن (Portopulmonary Hypertension)

د پورتل هایپرتنسن نادر اختلاط دی چې په کې د سبرود رګونو ټینګار ډیر او د سبرود شريانو ويچ فشار نارمل وي. دا د سبرود شرياني سیستم وازوکنستريکشن او او بلیتریشن څخه مینځته راخي. کلینيکي بنه يې عبارت دی له ساه لنډي او

ستوماتیا خخه. (۳۸)

**انیمیا(Anemia)**

دھیگر په سیروزس کې د اوسپنې کموالی انیمیا (دمعدی معايی لارې وینې بھیدنې له امله، او مکروسایتیک انیمیا د الکولو پواسطه د اریتروپویتین د خرابوالی، دفولت د کموالی، هیمالیزس او هایپرسپلنیزم له کبله وي د اوسپنې د کموالی د انیمیا لپاره فیروس سلفات ۳، گرامه د ورځې درې خله وروسته له ډودۍ خخه او د فولات د کموالی لپاره د ورځې یو ملي ګرام فولات ورکول کېږي. دوینې د ضایعاتو په صورت کې دوینې **خالص سرې حجرات ترانسفیوژن** کېږي.

### Hemorrhagic Tendency

خرنگه چې دھیگر په سیروزس کې دوینې د پونديدو فکتورونه (پرته د اتم فکتور خخه، کمیری نو د ناروغ خخه په اسانی، سره وينه بهیږي. شدید هایپوپرتوومبینیما دویتامین کا سره در ملنہ کیږي چې د ورځی پنځه ملي ګرامه دخولې یا پوستکی لاندې ورکول کیږي. که ناروغی ډیره پر مخ تللي وي ورکول یې ګټه نه لري چې په دې صورت کې تازه يخه شوي پلازمما ورکول کیږي. (۳۸)

### دھیگر بدلوں (Liver Transplantation)

ھیگر هغه وخت نه بدليږي چې دھیگر سرطان، دزره او سبو پر مخ تللي ناروغی، هیپاتولیمونی سندروم، سپ سیس، عمر د ۲۰ کالو خخه زیات وي، ډیر چاغوالی، دبورتل او میزاتریک ورید ترومبوس، ایچ، ای، وي اتنات، پر مخ تللي مل تریشن، فعال الکول خبیل شته وي. (۲۲)

ھیگر هغه مهال بدليږي چې بیلروبین مخ په لوریدو وي، البومن ورو ورو کم شي، کواکولوپاتی نوره هم ویجارد شی، ټینګاری اسایتس، بیابیا وریزال وینه بهیدنه او انسفالوپاتی نوره هم خرابه شي.

دھیگر ترانس پلاتیشن سره ۸۰ سلنہ ناروغان تر ۵ کالو پورې ژوند کولای شي. (۳۷)

انزار:

دناروغ ژوندي پاتی کيدل د الکولو پرینښو دلو او Child's turcotte کلاس پوري تړلی دی چې مخکې ترې یادونه شوي. (۳۶، ۳۷)

دلبراتوار له انده دھیگر دسیروز خرابی نښې عبارت دي له: البومن د ۱۳۲ ګرام في ليتر خخه او سیروم سودیم د ۱۳۲ ملی مول فی ليتر خخه کم شي.

پروترومبین تایم د ۷ ثانیو خخه او بد وي، دسیروم کرباتینین د ۲۰ مایکرو مول في ليتر خخه ډیروي د کلینیک له انده خرابی نښې یې عبارت دي له دوامداره ژیږي د درملنې ناکامی، اسایتس، واریزل وینه بهیدنه، عقلی عصبي اختلالات، کوچنۍ دھیگر، دوامداره هایپوتونشن او دوامداره الکول خبیل خخه. (۳۶، ۳۷)

## ھیپاتوسیلولر کارسینوما (HCC)

### عمومیات او اپیدیمولوژی:

دھیگر دپرانشیم د ژونکو خبیث نیوپلازم ته دھیگر حجروی کارسینوما او دقناتونو د ژونکو نیوپلازم ته کولانجیو کارسینوما وايي. (۳۸)

ھیپاتوسیلولر کارسینوما د نړی دلسو کنسرونو له ډلي خخه دی چې په ۸۰ سلنہ پیښو کې دینی دسیروزس سره یوځای وي. (۳۸)

په اسیا او افریقا کې یې کلنې پیښې په هر سل زره نفووس کې پنځه سوه تنه دی.

په امریکا او غربی اروپا کې یې پیښې دیرې دی چې په ۱۹۲۷-۱۹۸۰ کې یې پیښې ۱.۴/100000 او په ۱۹۹۰ کې ۲.۴/100000 ته رسیدلې. (۳۸)

دپیښو د زیاتوالی لامل بنايی د ځنډنی ھیپاټیتس زیاتوالی وي. په سیروتیک نارینوو کې د بنخو په پرتله ۴ واری زیات دی.

په ۲۰-۵۰ کلنې کې پیداکېږي. په اسیا او افریقا کې کیدای شي په ۲۰-۱۰ کلنې کې هم ولیدل شي. په اروپا او شمالي امریکا کې د ھیپاټیتس سی وايرس سیروزس د زیاتوالی له امله د ھیپاتوسیلولر کارسینوما پیښې زیاتې شوي. (۳۸)

### لاملونه او پتوجنیزس:

دھیگر د ژونکو د سرطان غوره لامل دھیگر سیروزس دی چې په کال کې ۳-۲ سلنہ په ھیپاتوسیلولر کارسینوما بدليږي او ۹۰-۲۰ سلنہ پیښې یې په مکرونو دولر سیروزس کې مينځته راخي. ((۳۸))

۱- ځنډنی ھیپاټیتس بي انتان: د ھیپاتوسیلولر کارسینوما غوره لامل دی چې په کال کې ۴، سلنہ ځنډنی ھیپاټیتس بي پرته د سیروزس خخه په ھیپاتوسیلولر کارسینوما بدليږي او خلور واري پیښې یې په HBe Ag مثبت کې نظر یوازي Ag HBs مثبت ته زیاتې دی. (۳۸)

۲- سیروزس: په کال کې ۱-۵ سلنہ ھیپاٹا یتپس بی او سی سیروزس دھیگر د ژونکو په سرطان بدليېري البته د سرطان خطر په مکرونوډولار HBV سیروزس کې او د سیروزس په مايکرونوډولار او مخلوط کې زيات وي.

ھمدارنگه پېښې يې په هغه سیروزس کې چې د ھیماتوکروماتوزس، پرايمري صفراوي سیروزس، الکول او الفا یو انتي تریپسین کموالی له کبله وي زياتي دي.

۳- جنس او عمر: په نارينه و کې نظر بسخو ته زيات دی ډيری په ۰-۵-۲۰ کلنی کې وي.

۴- Aflatoxin B چې د Aspergillus flavus فنگس توکسین دی دھیگر د سرطان لامل کېږي. (۳۸)

#### پتالوژي:

دمايکروسکوب له انده تومور پرته د سیروزس خخه یوه دانه کتله وي او د سیروزس سره یوا خوداني وي. دھیگر د شريان خخه ورته وينه راحي. برید او خپريده يې پورتل ورید او د هغه رينبو خواته دي. لمف نوډونو ته ميتازتازس ورکوي. سبرو او هدوکو ته يې ميتاستازس نادر دی.

دمايکروسکوب له انده تومور دھیگر ژونکو ته ورته وي ځکه يې توپير نارمل ځیگر خخه ګران دي. (۳۸)

#### کلينيکي خيره:

په سيروتيك ناروغ باندي هغه وخت د ھيپاٹوسيلولر کارسینوما گمان کېږي چې د ناروغ حالت خراب شي (واريزس وينه بهيدنه، دھیگر وظيفوي ازموينو خرابولي، ژيرې او د ګيدي درد)، وينه لرونکي اسايتس د تومور د رېچر، د پورتل يا دھیگر د ورید د ترومبوزس يا د نکروزي تومور د وينې بهيدنه له کبله پيدا کېږي. (۳۸)

په فزيکي ازموينه کې ناروغ وزن بايللى او ډنگر بسكاري په جس سره ځیگر دردناك او کتله د جس وړ وي. که افت دھیگر د سطحي خواته پرمخ تګ کړي وي په اصغاړ سره د تومور لپاسه Bruit او ريدل کېږي. (۳۸)

د ھیپا تو سیلولر کارسینوما پارانیوپلاستیک اختلالات عبارت دی له اریتروپویسنس زیاتوالی، هایپر کلسیمیا، هایپر کولستریمیا، هایپو گلایسیمیا، پالی مایوزیتس، کسبی پورفیریا، دیس فایبرینوجینیمیا، کریوفایبرینوجینیمیا خخه (۳۸)

### لابراتوای ازمونی:

#### ۱- دوینی ازمونینه:

- لوکوسایتوزس (په سیروزس کي لوکوبینیا وي)

• انیمیا

• د ھیماتوکریت لوروالی (د تومور خخه د اریتروپویتین ازادیدل)

• دالکالین فاسفتاز ناخاپه لوریدل.

• په اندیمک ھایونو کي ۴۰ سلنہ پیبنو کي HBS Ag مثبت وي.

• ۷۰ سلنہ پیبنو کي Anti HCV مثبت وي.

• الfa فیتوپروتین لور وی (د یزیات لور والی یې دھیگر په حاد نکروزس چې

د پاراسیتامول تسنم له کبله وی)، ۸۰-۷۰ سلنہ ناروغانو کي لور وی چې

د تومور د پرمختگ بندونه کوي. (۳۸)

• ۹۰ سلنہ ناروغانو کي دیس گاما کاربوسی پروترومبین لور وی.

۲- د گیدې د مایع په سایتولوژیکو ازمونینو کي نادرأ خبیشه ژونکی وي.

۳- رادیو گرافی.

• او MRI او Contrast arterial phase helical CT scan بنه ازمونینه ده چې د دوې

پواسطه د تومور رکونو حالت خرگند یېری.

• التراسوند: که د تومور اندازه د ۲ ساتی مترو خخه لویه وی او پورتل ورید یې

نیولی وی په التراسوند کي بشکاري.

**٤- دھیگر بایوپسی.**

که چیرې په یوناروغ کې لوي تومور شته وي خو سیروزس او ھیپاٹیتیس بى نه وي د تشخیص د یقیني کولو او د میتاڑتاتیک تومور د ردولو لپاره هستولوزیکه ازمونه اړینه ده. (۳۸)

**بايوپسي**

په لاندیني حالتو کې دھیگر بايوپسي ترسره کېږي

۱- ناروغ مرسته و کړي.

۲- د پروترومبین تایم اوږدوالي د ۴ ثانیو څخه کم وي.

۳- د ترمبوسیت شمیر د  $L = 100 \times 10^8$  څخه زیات وي.

۴- صفراوي لاره بنده نه وي.

۵- د پوستکي موضعی انتانات نه وي.

۶- د سبو پر مخ تللې ٿنډنۍ انسدادي ناروغی نه وي.

۷- پر مخ تللې اسایتیس نه وي.

۸- شدیده انیمیا نه وي. (۳۸)

**درملنه:**

که دھیگر تومور یو دانه وي او سیروزس ورسره یو خای نه وي د جراحی کړنې پواسطه ایستل کېږي چې ۰٪۵ ناروغان تر پنځو کالو پوري ژوند کولای شي او ۵٪ د ۵ کالو په موده کې بېرته راګړئي.

ډير لپه ناروغان چې سیروزس ورسره وي ځیگر ریزیکشن کېږي ځکه چې دھیگر دبی وسی خطر شته وي.

جراحی درملنه په هغه سیروتیک ناروغ کې ترسره کېږي چې تومور کوچنی او د ځیگر دندې بنې وي (چې پورتل هایپرتنسن نه وي). (۳۸)

## دھیگر پیوندوں: (Liver Transplantation)

که سیروزس شته وي نو دسیروز بنه درملنہ او د دویمی تومور دپیداکیدو د خطر دکموالی لپاره دھیگر ترانسپلان تیشن ده.

ھغه تومورو نه چې یودانه وي د ۵ ساتتی مترو خخه کوچنې وي او یادري دانې تومور چې د ۳ ساتتی مترو خخه کوچنې وي دھیگر ترانسپلان تیشن سره ۷۵ سلنہ ناروغان او د ۵ کالوپوري ژوندې پاتی کیدای شي د بدھ مرغه ھیپاتایتس بی او سی وروسته د ھیگر د ترانسپلان تیشن خخه هم بنا یې بیرته را و گرئي. (۳۸)

پرکوتانیوس ابليشن :

که چيری تومور ۳ ساتتی متره او یا کوچنې وي که ايتانول د التراسوند تر لارنسونې لاندې د دبوستکي دلاري په کې زرق شي نو ۸۰% بنه والی په کې بیداکړي ۵۰% د درې کالو په موده کې بیرته را ګرئي. (۳۸)

شيموايمبوليزيشن:

ھیپاتوسیلولار کنسر دورانګو په وړاندې حساس نه دی. د کيموتراپي لکه ادریامیسین سره ۳۰ سلنہ بنه کېږي خود ھیگر د شريان امبوليزيشن د جيل فوم او ادریامیسین سره ډير ګټور دی. (۳۸)

۲۰ سلنہ ھغه سیروتیک ناروغان چې دھیگر کنسر بی دايستلو ورنه وي او دھیگر دندې یې بې وي تر ۲ کالوپوري ژوند کولاي شي. (۳۸)

مخنيوي:

دھیپاتایتس بی لپاره واکسین دھیپاتوسیلولار کارسینوما پېښې کموي.

انزار:

انزار د تومور د سايز، د او یيو برید او په سیروتیک ناروغ کې دھیگر د دندو پوري اړه لري که کارسینوما ژر تشخيص شي نو پايله یې بنه وي.

## دصفراوی کھوپی حاد التهاب (Acute Cholecystitis)

اپیدیمولوژی:

متکرر صفراوی کولیک یا دصفراوی کھوپی د حاد التهاب بنسه در ملنہ جراحی ده چی تزدی یو نیم میلیون کولي سیستیکتومی په کال کې په امریکا کې کېبې چې د ٩٠ سلنہ خخه زیاتو پیښو لامل یې صفراوی تیبې دی پاتی کولي سیستیکتومی په هغه ناروغانو باندې ترسره شوی چې وروسته د جراحی کړنو خخه اویا په روغتون کې د ترومایا د سوچیدنې خخه بنسه شوی وي. (٢٢، ١٠)

پتوجنیزس:

دصفراوی کھوپی د دجدار حاد التهاب په عمومي توګه د ډبری پواسطه کوم چې د صفراوی قنات د بندبنت لامل شوی مینځته رائی.

- ١- میخانیکی التهاب: دصفراوی کھوپی د لومن په دته کې د فشار د لوروالی او د پراخیدو (دصفراوی کھوپی د مخاطی اسکیمیا لامل کېبې) له امله مینځته رائی.
- ٢- بکتریاګانی: ٨٥-٥٠ سلنہ پیښو کې دصفراوی کھوپی د حاد التهاب لامل کېبې چې نومورپی بکتریاګانې عبارت دی له اې کولای، کلیبیسیلا، ستريپتوکوک او کلوسترویدوم خخه. (٨، ٢٢، ١٠)

دایهز په ناروغانو کې سایتومیگالو وايرس او مايكروسپور دیازس دصفراوی کھوپی دالتهاب لامل کېبې.

٣- کیمیاوي التهاب: د لايزولیسيتين (د فاسفولایپیز اترایم پواسطه د لیسيتین خخه په لاس رائی، او د نورو موضعی نسجی فکتورونو له کبله مینځته رائی) (٨، ٢٢، ١٠)

پتالوژی:

دصفراوی کھوپی د حاد التهاب په لومړيو ورڅو کې صفراوی کھوپه هایپرایمیک او پرسیدلې وي. سیستیک قنات د تیبې پواسطه بند او صفراوی کھوپه د صفرا، اکزودات او نادراد زوې پواسطه پرسیدلې وي. د مخاطی او فابروممسکولار طبقو

پتالوژیک بدلونونه عبارت دی له پرسوب، ژونکیز انفلتریشن، نکروزس او د جدار دسوري کیدلوجخه.

د التهاب په لومړي وخت کې دصرا منظره او قوام نارمل وي. وروسته صراوی مالګې او پګمنت جذبېږي او په میوکوئیدو توکو او خیرو باندې بدليږي. که سیستیک قنات بندشی او صراوی کخوره د رنې میوکوئید مايع پواسطه وپرسېږي د صراوی کخورپی د (Hydropsy) پنوم یادېږي (۱۰، ۲۲، ۸).

**کلینیکي بنه:**

د صراوی کخورپی د بېړني گزک لوړنې گیله د گیله په بنسی پورتنې برخې درد دی د دواړو اوړو تر مینځ، بنسی سکپولاو اوړې ته خپرېږي، درد شدید وي، ۷۰-۶۰ سلنډ ناروغان مخکې د همدي پول درد خخه گیله من وي خودر د پخپله غلى شوي وي. ژړې د ناروغۍ په لومړي وخت کې نه وي خوکله چې التهاب صراوی قناتونه اوشاو خوا المفاوي غوتې اخته کړي بنائي پيداشي ناروغان کله کله کانګې هم کوي.

لېډ درجه تبه وي چې ځینې وخت سړه لړه هم ورسه وي (۱۰، ۲۲، ۸).

په فزيکي ازموننه کې د گیله په بنسی پورتنې برخه په جس سره حساسه او دردناکه وي او یو پر څلور ناروغانو کې حساسه او لویه شوې صراوی کخوره د جس وړوي. خرنګه چې ژوره ساه اخیستلو او توخنې د درد د زیاتوالی لامل کېږي نو که چېږي د ساه اخیستلو په وخت کې د گیله په بنسی پورتنې برخه د پنټیو لاندې په همدي وخت کې جس شي د ساه اخیستلو دریدو لامل کېږي چې د Morphy's Sign په نوم یادېږي.

**موضعی** (Rebound Tenderness) د گیله په بنسی پورتنې برخه کې وي.

د گیله پرسوب او د کولمو دا وزونو کمولې د Ileus له کبله وي خرنګه چې صراوی کخوره سوری شوی نه وي نو د پریتونیتس نبښي او د گیله شخوالی نه وي (۱۰، ۲۲، ۸).

## تشخیص:

دصراوی کھوپی د حاد التهاب تشخیص د وصفی تاریخچی او فزیکی کتنی پواسطه کېږي.

د تشخیص درې لنګه عبارت دی له د ګیدې د بنۍ پورتنی برخې ناخاپه درداو حساسیت، تبه او لیکوسایتوزس خخه. دوینی د سپینو ژونکو شمیر په یو مايكرو لیتر کې ۱۵۰۰۰-۱۰۰۰۰ وي.

سیروم د مجموعی بیلروبین په یو دیسی لیتر کې ۴-۱ ملی ګرامونه رسیبې د سیروم امینوترانس فیریز په یوملي لیتر کې ۳۰۰ یوتیه او الکالین فاسفوتیز ډیری وخت لور وي او که کولنجیتس ورسه مل شي نو ډیر زیات لورېبې د سیروم امیلیز په منځنی کچې سره لورېبې. (۳۷)

## رادیولوژی:

د ګیدې په ساده رادیوگرافی په ۱۵ سلنډ پیښو کې رادیوپک صراوی ډبرې وي او دصراوی کھوپی او کولموټر مینځ د فستول د جوړیدو له امله د صراوی کھوپی دنه کې ګاز لیدل کېږي.

رادیوپک تیرې د سرو د بستکنی لوبد نمونیا، ګاز او د احشاوو د سوری کیدو سره بايد توپیری تشخیص شي.

د  $^{99\text{m}}\text{Tc}$  رادیوگرافی پواسطه بند شوی سیستیک ډکټه (کوم چې د صراوی کھوپی د حاد التهاب لامل دی) پیژندل کېږي ددې کېنې د سرته رسولو لپاره د څیګر امیونو دیاتیک اسید کارول کېږي. دا ازموننه هغه مهال د منلو وړ د چې د بیلروبین اندازه په یو دیسی لیتر کې د ۵ ملی ګرامو خخه بسته وي. ۸۱ سلنډ د صراوی کھوپی د حاد التهاب لپاره وصفی ازموننه ده. د ګیدې التراسوند ۸۲ سلنډ بنه ازموننه ده. (۳۷، ۱۰، ۲۲)

کې بىرته راڭرئى.

پە ۱۰ سلنە پىنسۇ كې د درد حملە ديو مياشت او ۳۰ سلنە پىنسۇ كې ديو كال پە مودە  
وركول كىرىي مورفین د اوچىي معصرى د لې سېزم لامل كىرىي.  
دمنخنى كچى درجه درد د ارامولو لپارە د يكلوفينك او شدید لپارە پىتىدىن

دصراوی کھوپی د حاد التهاب طبى درملنه عبارت دى لە استراحت، درد ارامول،  
اتىي بىوتىك او دمايعاتو دبىلانس خخە.

درملنه:

طبى درملنه:

دگىدەپى د بىي پورتنى برخى درد او حساسىت چى اترسڪپولر تە خپرىپى بالكل د  
حاد كولي سيس تايتس بسودونكى دى. (۳۷)

دكولون دكارسينوما سورى كيدل.

۵- دھىگر ابسى.

۶- هىپاتيتىس

۷- دېنىي سېرى نمونيا چى د پلورزى سره وي.

۸- مايو كارد اسکيميا.

۱- سورى شوي پىپتىك السر.

۲- حاد پانكراتايتس.

۳- اپنەپى سايتىس

دصراوی کھوپی حاد التهاب دلاندى ناروغى سره توپىرىپى.

توپىرى تشخيص:

سیفوپیرازون هر دو لس ساعته و روسته در گ دلاري ۲-۱ گرامه و رکول کیرپی او په شدیدو پینبو کی میترونیدازول (هر شپږ ساعته و روسته در گ دلاري ۵۰۰ ملی گرامه) ورسه یو خای کیرپی.

دما یاتو بیلانس د ورید دلاري کیرپی، که ناروغ دوامداره کانگی ولري نو معده د نازو گستربیک تیوب په واسطه تشبیپی.

حاد کولي سیستایتس ډیری د طبی درملنې سره بنه کیرپی خو ناروغی کله کله په امفیما، سوری کیدلو او پریطونایتس باندی اختلاطی کیرپی. (۳۷، ۳۸)

**جراحی درملنې:**

د حاد کولي سیستایتس جراحی درملنې هغه مهال تر سره کیرپی چې طبی درملنې بریالی نه شي او با پا بایپری ورکړی وي.

که صفراوي کھوره ونه ویستل شي نو صفراوي کوليکی دردونه يا کولي سیستایتس بیرته را ګرځی. (۳۸)

د تیبری خخه پرته دصفراوي کھورپی حاد التهاب (Acalculus cholecystitis) دصفراوي کھورپی ده ګه التهاب خخه عبارت ده چې تیبره په کې نه وي په ۱۰-۵ سلنې پینبو کی سیستیک ډکټ د تیبری پواسطه بند شوی وي خو په جراحی کړنو کې نه موندل کیرپی.

**لاملونه:**

۵ سلنې پینبو کی د ناروغی لامل خرگند نه دی خو په ئینو حالاتو کې یې د پیدا کیدو خطر زیات دې چې عبارت دی له شدید تروما، سوئیدنه، لوی جراحی کړنې، د اوږدې مودې لپاره دخولی د لارې خه شی نه خورل، واژکولایتس، دصفراوي کھورپی بندبنت، ادینوکارسینوما، دشکري ناروغی، دصفراوي کھورپی تورشن، دصفراوي کھورپی انتانات (لکه لیپتوسپورا، ستربیتوکوک، سلمونیلا، ویبروکولرا) دصفراوي کھورپی پرازیتی ناروغی، سارکوییدوزس، دزره او درګونو ناروغی، توبرکلوز، سفلیس او اکتینومایکوزس خخه. (۲۲، ۸)

## پتوجنیزس:

دبیرپنی اکال کولوس کولي سیستایتس معمول مساعدونکي فكتورونه درپ دی د اوبردې مودې لوبه، فزيکي حرکت نه کول او هيموديynamikي ستونزې. په نارمل ورخني ژوند کې صفراوی کھوپه دورخې خو ئلله د تینګي صفرا خخه تشه (هير زيانمنه ده) او د نري صفرا خخه (لېر زيانمنه) ډکيرې. خرنګه چې صفراوی کھوپه د کولي سیستوكائينين دلسون پواسطه تشېري نود دوامداره لوبې په حالت کې دانه ازاديرې نو په صفراوی کھوپه کې تینګه صفرا ټولېږي.

دصراوی کھوپی اپي یتليوم دصرا خخه د اوپواو الکترولايتوجذب لپاره هيرې ميتابوليکي انرژي، ته اړتيا لري نود دوامداره بې حرکتی. له امله نوموري انرژي نه تولیدېږي. په ټولو هيموديynamik تشوشتاو\_ لکه شاك، سیپتيک شاك، کې د صفراوی کھوپي په اپي تيلیوم کې اسکيميك يا کيمياوي ويچارتياوی مينځته راهي. (٤١، ٨، ٢٢)

## کلينيکي بنه:

د حاد اکال کولوس کولي سیستایتس توپير د تېږي لرونکي کولي سیستایتس سره ګران دی خو که دپورته لاملونو سره د صفراوی کھوپي د حاد التهاب کلينيکي بنه پيداشي نود بې تېږي کولي سیستایتس بنودونکي ده. (٤١، ٨، ٢٢)

## تشخيص:

د بې تېږي کولي سیستایتس تشخيص د التراسوند، سې تې سکن او راديونيوکلید ازمونو پواسطه کيرې. پدي ازمونو کې صفراوی کھوپه لویه او بې حرکته وي تېړه نه ليدل کيرې او د کھوپي تشيدل نيمگرۍ وي. (٤١، ٨، ٢٢)

## درملنه:

خرنګه چى بې تىپې حاد گولى سیستایتس ژر سورى گىپېي او د گانگرین خواتە پر مختىگ كوي نو ژر تر ژره بايد ناروغى تشخيص او جراحى كېنە ترسره شي . همدارنگه ھيمودايناميکى ستوتىزى سمى او د گرام منفي اتناتا تو (د گولمو فلورا) لپاره پراخه اغيزه لرونكىي انتى بىوتىك وكارول شى دېنى او بىرپنى درملنى لپاره لپراتومىي ترسره او كخورە ايستىل كىپېي . (۲۶، ۸، ۴۱)

#### مixinioi:

ھغە رنخوران چى درگ دلاري خوارە ورکول كىپېي ھەرە ورخ صفراوي کخورې تە بايد د گولى سیستو كاینین پواسطە تقلص ورکول شى ترخو چى تىينگە صفرا پە كخورە كې تولە نە شي . همدارنگه د دامدارى لووبى پە حالت كې صفراوي کخورە د گولى سیستو كاینین پواسطە ولمسول شى . (۲۶، ۸، ۴۱)

#### انزار:

كە دېرپنى اکال گولوس گولى سیستایتس لپاره چىكى طبىي او جراحى لازى چارى ونه نى يول شى د سورى كيدلو او گانگرین خواتە پر مخ تىگ كوي . (۲۶، ۸، ۴۱)

## دپانکراس ناروغی (Diseases of the Pancrease)

دپانکراس التهابی ناروغی په بیرونی او ھنډنی پانکراتایتس باندې ويشل شوی چې د بیرونی پانکراتایتس پتالوزیک پر مخ تګ د ازیمايی پانکراتایتس څخه تر نکروتیک پانکراتایتس پوري سیر کوي. په نکروتیک حالت کې د ناروغی شدیده سیستمیکه کلینیکی خیره خرگندیری. (۲۶، ۸)

ھیموراژیک پانکراتایتس لړ کلینیکی ارزښت لري ځکه چې د دپانکراس د بین الخالی انساجود وینې بهیدنې (تروما، کارسینوما او دزره شدیده احتقانی بى وسی له کبله مینځته راخي). (۲۶، ۸)

### حاد پانکراتایتس (Acute Pancreatitis)

پیژندنه:

دپانکراس د حاد التهاب څخه عبارت دی چې دپانکراس د اسینار ژونکو څخه فعال پانکراسی انترایمونه شاوخوا انساجو ته ازاد يېږي.

بیرونی پانکراتایتس د داخلي درملنې سره سره بنايی د شدیدو اختلاطاتو او مرېنې لامل شي. خولې د خارنه او شدید يې د جراحی درملنې سره بنه کېږي. (۸، ۱۱)

اپیدیمولوژی:

دپانکراتایتس پیښیدل په بېلاپېلو ھیوادونو کې توپیر لري چې د هغه په لامل پوري اړه لري د بیلکې په توګه الکول، صفراوي ھبرې میتابولیک فکتورونه او درمل د ناروغی غوره لاملونه دي. (۲۶)

ویشه:

پانکراتایتس په بیرونی او ھنډنی ھول باندې ويشل شوی دی. حاد پانکراتایتس هغه حالت ته واي چې ناروغی په یوه نارمل پانکراس کې مینځته راغلي وي او د التهابي پروسې د بنه کيدو سره پانکراس بيرته نارمل حالت ته راګرځي.

خۇنى پانكرااتايتس د پانكراس د دوامداره التهاب خىخە عبارت دى چې دپانكراس دنه گرھيدونكۇ جورېبىتىي بدلۇنۇنو سره يوئىاي وي. دكلىنيك لە اندە د دواپۇر تر مىنخ توپىر كول گراندى. (۳۲، ۲۶)

**لاملونە:**

- ۱- ايدوباتيك.
- ۲- صفراوي تىبىرى.
- ۳- الکول.
- ۴- تروما
- ۵- مەمپىس ، پا رامىكزو وايرس، سايتومىگالو وايرس)
- ۶- اتوامييون ناروغى (پولى ارتيرايتس نودوزا)
- ۷- دمارچىچل
- ۸- هايپوكليسىميا ، هايپرليپيديميا ، هايپرتراي گلسيرايديميا او هايپوترميا.
- ۹- درمل (ستروئيد ، سلفان اميد ، ازاتائيوپورين، نن ستروئيد التهاب ضد درمل تتراسايكلين ، داي يوريتيك).
- ۱۰- دپانكراس د سركنسر.
- ۱۱- دپانكراس شحمى نكروز.
- ۱۲- اميدوارى.
- ۱۳- كىستىك فبروزس. (۱۱، ۲۲، ۳۲)

**پتالۋۇزى:**

پانكراس اكزوکراين چول چول انترايمونه افرازوئى لکە لايپيز، پروتىز، سكرائيديز دغە انترايمونه دخورو پە هضمولو كې مرسىتە كوي.

پە حاد پانكرااتايتس كې ددى چولو خىخە غورە او خطرناك يې پروتىز تريپسىنوجن دى چې پە فعل تريپسىن باندى بدلېرى او دپانكراس دانسا جوداتو ڈايجيشن لامل كىېرىي چې ددى لە كبلە دپانكراس درد او اختلالات مىنھتە راھى. (۳۲، ۲۶)

### کلینیکي بنه:

- ۱- درد: درد په اپي گاستریک ناحیه کې ناخاپه پیلیپري، بورینگ (سورى کوونکى) خانگرنه لري. شدید وي. دگرئيدو او ستون ستاغ ملاستي سره زیاتيرې. دناستي او مخکي خواته د توغیدو سره ارامېپري. شاته کله کله بنى او د کينې اوپې خواته خېرېپري. د زړه بدوالى، کانګى، خوله او کمزوري ورسره مل وي. (۳۷، ۲۲)
  - ۲- تبه: ۴، ۳۸، ۳۹ درجې ساتي گراد تبه وي.
  - ۳- بنايی ناروغ دالکولو د خبیلو یا صفراوي کولیکي دردونو تاريچه ولري.
  - ۴- د گېډې پورتنى برخه په جس سره حساسه، دردناکه او عضلي شخوالى شته وي.
  - ۵- گېډه پېسیدلې، د کولمو او ازاونه نه او ريدل کېږي.
  - ۶- ټکي کارديا، هايپوتتشن، شاك، پوستکي خاسف نمجن او يخ وي.
  - ۷- Cullen sign (دفلانک دخای هيموراژيک)، Grey turner sign (د نامه دنائي هيموراژيک)، Discolouration (د نامه دنائي هيموراژيک)، Discoloration (د نامه دنائي هيموراژيک)،
  - ۸- کله کله د گېډې په پورتنى برخه کې کتله جس کېږي چې د التهابي پانکراتايتس یا دروغجن کيسن بسودونکې ده.
  - ۹- د پېنتورگو بى وسى.
  - ۱۰- د ناروغى په شدیدو حالاتو کې د مایعاتو د لاسه ورکولو له امله د ناروغ نبض چټک او فشار بښکته وي.
  - ۱۱- ساه لندي د پلورال ايفيوژن، اتيليكتاژيسيس او د زړه د بې وسى له کبله وي.
- د ناروغى دشدت اندازه کول:
- ۱- د حاد پانکراتايتس شدت چې دالکولو او نورو لاملونو له کبله وي د Ranson's criteria پرمېت خرگندېږي.
- الف: که چېرې ناروغ روغتون کې د بستريدو پر مهال د لاندې نښو خخه درې او یا د دريو خخه ډېرې ولري نو ۲۰ - ۸۰ فيصده د پانکراس د حاد نکروزس بسودنه کوي. (۳۷)
- عمر يې د ۵۵ کالو خخه ډېر وي.

- TLC د ۱۲۰۰۰ فی دیسی لیتر خخه ډیر وی.
  - دسیروم ګلوكوز د ۲۰۰ ملی گرام فی دیسی لیتر خخه ډیر وی.
  - دسیروم LDH د ۳۵۰ یوتھه فی لیتر خخه ډیر وی.
  - د AST د ۲۵۰ یوتھه فی لیتر خخه ډیر وی. (۳۷)
- ب: که په ۴۸ ساعتو کې لاندې نښې مینځته راغلې وي نو د خرابو انتزاړو بنودنه کوي.
- هیماتوکریت د ۱۰ سلنډ خخه ډیر کم شوی وی.
  - شریانی اوکسیجن د ۲۰ ملی متره سیمابو خخه کم وی.
  - دسیروم کلسیوم د ۸ ملی گرام فی دیسی لیتر خخه کم وی.
  - القلی د 4meq/L خخه کم وی.
  - د ۲ لیترو خخه زیات مایعات بی له لاسه ورکړي وي. (۳۷)

ج: مړینه د کریتیریا د شمیر سره اړیکې لري:

د کریتیریا شمیر	د مړینې کچه	%
۲ - ۰		۱
۴ - ۳		۱۲
۶ - ۵		۴۰
۸ - ۷		۱۰۰

: (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) APACHE Score - ۲  
APACHE کله چې ناروغر په روغتون کې بستره شي نو په اولو درې ورڅو کې بايد د  
او هیماتوکریت اندازه شي. که د APACHE سکور ۸ پاينته اویا زیات وی د  
خرابو انتزاړو بنودنه کوي.

- د پریتوان مایع وینه ولري.
- چاغوالی.
- د غربوې وسی وی.

- هایپوتنشن (دوینى سیستولیک فشار د ۹۰ ملی متر سیماب خخه کم وی)
- تکی کارديا (دزره ریت په دقیقه کې د ۱۳۰ خخه زیات وی).
- هایپوكسیا (Po<sub>2</sub> د ۲۰ ملی متره سیماب خخه کم وی).
- اوليگوپوريا (تشې متیازې په ساعت کې د ۵۰ ملی لیترو خخه لبې وی).
- بې، يو، ان او کریاتینین لوره وی.
- دسیروم کلسیوم د ۸.۰mg/dL خخه کم وی.
- دسیروم البومن د ۳۳ ملی گرام في دیسي لیتر خخه کم وی. (۳۷)

لابراتواري ازموينى:

الف: دوینى ازموينى:

۱- دسیروم داميليز او لايپيز كچه دنارمل اندازې خخه درې واري لوره وی.  
امييليز د ۳-۵ ورخو په موده کې او لايپيز د ۸-۱۴ ورخو په موده کې نارملېږي.  
په الكوليك پانکراتايتس کې لايپيز داميليز په پرتله ۵، ۲-۳ واري لوره وی.  
همدارنګه امييليز په ھينو نورو ناروغىوکي (لكه دمرى، معدې، کولمو سورىي کيدل،  
دکولمو بندښت، حاد اپنډي سايتيس، ممپس، دتخمدان کيستونه، دسړو کانسر،  
ديابتىك كيتواسىدوزس، مورفین اخىستل او د اندوسكوبى د کېنې سره لوره وی.  
(۳۶، ۳۷)

۲- دسپينو ژونکوو شمير زياتوالى (10000-3000/mcL)

۳- دېنستورگو د دندو ازموينى.

۴- دھيگر د دندو ازموينى.

۵- هايپرگلاسيميا.

۶- هايپربيلوبينيميا

۷- هايپوكلسيميا

۸- دوینې دېن کيدو ستونتري.

۹- د ALT لوره والى (په صفراوي پانکراتايتس) ۱۵۰ یونت في لیتر خخه زیات وی.

۱۰- که پانکراتایتس دھایپرترای گلسراید یمیا له کبله وي نو دلوبری پر مھال دتراي گلسراید کچه د ۱۰۰۰ ملي گرام في ديسی ليتر خخه لوره وي.

۱۱- که هیماتوکریت د ۴۷ سلنہ خخه زیات وي دوینی د ټینگوالی بسودنه کوي چې خرابې پایلې لري.

۱۲- که سی ریاکتیف پروتین د ۴۸ ساعتو وروسته د ۱۵۰ ملي گرام في ليتر خخه لور شی نو دپانکرانس دنکروز بسودنه کوي.  
ب: دتشو متیازو دامیلیز کچه لوره وي.

ج: د اسایتیک او پلورایبی (کین خواکې) مايع املیز لوروی.  
د: په ECG کې ST-T د خپو بدلون وي. (۱۱، ۳۶، ۳۷)

### رادیوگرافی:

۱- د ګیدې ساده رادیوگرافی کې لاندې خیالات لیدل کېږي.

Gas filled abscess •

بیښه یې ځمکه (Ground glass) د اسایتس لپاره وصفی ده.

د صفراوي تیپو خیال.

په کین پورتنی کوادرانت کې د کوچنی کولمویو سگمنت دھوا Sentinel loop •

پواسطه ډک بنکاری.

Colon Cut off Sign • ته نژدې وي دھوا پواسطه ډکه بنکاری.

د سړو په بنکتنی برخه کې د تکو په خیر خطی اتیلیکتازیس بنکاری چې نساي.

د پلورال ایفیوژن سره یوځای وي اویانه وي.

۲- د ګیدې التراسوند د حاد پانکراتایتس په تشخیص کې مرسته نشي کولای څکه چې کولون کې ګازات وي خوصفاوی کانې بنکاری.

۳- سی، تی سکن: د حاد پانکراتایتس، کیست او د ګیدې نورو ناروغریو په

تشخیص کې مرسته کوي.

۴- دورید دلاري کشیفه توکوزر قول دپانکراتایتس د اختلاطات تو اود پنستورگو دبی وسی خطر زیاتوی.

۵- ام، ار، ای: دپانکراس ناروغی درجه معلوموی.

۶- اندوسکوپیک التراسوند کوچنی صفراوی کانی تشخیصوی.

۷- اندوسکوپیک ریتروگراد کولانجیو پانکراتوگرافی: که دحاد پانکراتایتس د لومپنی حمله سره کولانجیتس یا ژیرپی نه وی نونه کارول کیرپی او پدی صورت کې اندوسکوپیک التراسوند ترسره کیرپی.<sup>(۳۷)</sup>

#### تشخیص:

۱- تاریخچه: که چیرپی د گیدپی یا ملاشدید او حاد درد وی نو دپانکراتایتس خواته پام کیرپی د گیدپی د درد سره زره بدوالی، کانگی، تبه او تکی کارديا یو خای وی.

۲- لابراتواری ازمونینی چې پورته تری یادونه و شوه.<sup>(۳۷)</sup>

#### اختلاطات

##### الف: موضعی اختلاطات:

۱- نکروزس: پاک یا منتن وی

۲- په پانکراس کې دمایع ټولیدل: پانکراتیک ابسی، دپانکراس دروغجن کیست (درد، چاودیدل، وینه بهیدل، معدی معایی لارپی بندبنت لامل کیرپی).

۳- پانکراتیک اسایتس (دپانکراتیک قنات چویدل یا د دروغجن کیست خیدل) ب: دتندی غړو اخته کیدل: دپانکراس دنکروزس له کبله د پریتوان ددتنه کې وینه بهیدل، دوینې د رګونو ترومبوزس (د توری او پورتل وریدونو) دغټو کولمو انفارکشن او انسدادی ژیرپی.

##### ب: سیستمیک اختلاطات:

۱- سپری: پلورل ایفیوژن، اتیلیکتاژیس، د منصف ابسی، نمونایتس او ARDS

۲- زړه اور ګونه: هایپووالیومیا، ناخاپه مرینه، مایوکاردیل انفارکشن،

د پریکارد ایفیوژن او د ST-T چپو بدلونونه. (۱۱، ۸، ۳، ۲۲)

۳- وینه: DIC (Disseminated intravascular coagulopathy)

۴- د معدی معايی وینه بهیدل: پیپتیک السر، اروسيف ګاستریتس، هیموراژیک

پانکراتیک نکروزس، پورتل ورید ترمبوزس اوواریزل وینه بهیدل.

۵- پنستورگی: اولیگویوریا، ازوتیمیا، دپنستورگو وریدی یا شریانی ترومبووزس،

دیوبولونو حاد نکروزس.

۶- میتابولیک: هایپر ګلاسیمیا، دترای ګلسرایدو لوروالی، هایپوکلسیمیا،

انسفالوپاتی او ناخاپی روندوالی (Purtscher's Purtscher's ریتینوپاتی) دایونادر اختلالات دی چې

ناروغ ناخاپه لیدل له لاسه ورکوي دا په مکولاو اوپتیک دسک کې وینه بهیدنه او

Cotton wool spot لیدل کېږي. (۳، ۲۲، ۸)

۷- مرکزی عصبی سیستم: سیکووزس، شحمی امبولی. (۱۵، ۸، ۳)

درملنله:

I: د حادی حملی درملنله:

الف: خفیفه حاده حمله دخو ورخو په موده کې په خپله بنه کېږي.

ب: په منځنۍ کچه حمله

۱- نازو ګاستریک تیوب: ددې تیوب دلاري معده سکشن کېږي تر خو چې د ګیډې د

پرسوب، کانګو او اسپریشن نمونیا خخه مخنیوی وشي او دخولې دلاري خواره او او بهه

نه ورکول کېږي. (۳۷)

۲- د درد د ارامولو لپاره پیتیدین او ترامادول ورکول کېږي. د مورفين د ورکولو خخه

باید ډډه وشي ټکه چې د اووهدي د معصرې د تقبض لامل کېږي خو که درد د دوي سره

غلى نه شو بیابی ورکولاهی شو. پیتیدین ۱۰۰-۱۵۰ ملی ګرامه د غونبې دلاري هر ۳-

۴ ساعته وروسته ورکول کېږي. که د پنستورگو او ټیگر دندې ټیرې خرابې وي نو دوز

بې کمیرې. (۳۷)

۳- دخولی دلاری خواره هغه وخت پیلیپری چې درد غلی شی او د کولمو او ازاونه او ریدل شی. (سره له دې چې د امیلیز کچه لوره وي) لومړی نړی مایعات وروسته لږ غوره لرونکی خواره ورکول کېږي. (۳۷)

کله چې ناروغد حاد صفراوی پانکراتایتس خخه نسه شو لپراسکوپیک کولي سیستکتومی ترسره کېږي.

دبیابیا پانکراتایتس د درملنې لپاره په کوچنۍ پیلا کې ستنت د اخليپری. (۳۷)

ج: دشديد حاد پانکراتایتس درملنه:

۱- وريدي مایعات: د مایعاتو د ورکولو په مهال بايد د مرکزي وريدي فشار خرگند شي.

۲- کلسیوم ګلوکونات: که هاپوکلسیمیا او تیتانی شته وي نو کلسیوم ګلوکونات ورکول کېږي.

۳- که هاپو البومنیمیا شته وي نو البومنین ورکول کېږي.

۴- که کواگلوباتي شته وي نو ورکول کېږي: Fresh frozen plasma.

۵- دکولوئيد مایعاتوزیات ورکول د ARDS خطر زیاتوی.

۶- که شاک د مایعاتو د ورکولو سره دوام و مومني نو پري سور ورکول کېږي.

۷- خواره: د حاد پانکراتایتس په شدید یرغل کې رنځور د خواونیو لپاره دخولی دلاری خواره زغملى نه شي. (۳۷)

۸- دشحمیاتو په ګډون د ۷-۱۰ ورڅو پوري ترسره TPN (Total Parenteral Nutrition) کېږي. د TPN سره د اتنان خطر زیاترې.

۹- د اتسان مخنيسوی: د اتسانی اختلالاتاو د مخنيسوی لپاره پراخه اغيزه لرونکی اتي بيوتیکونه ورکول کېږي. ايمى پينیم ۵۰۰ ملی گرامه درګ دلاري هراته ساعته وروسته، سيفوريکزيم ۱، ۵ گرامه درګ دلاري د ورځې درې حله او بیا ۲۵ ملی گرامه دخولی دلاري دورځې دوه حله د ۱۴ ورڅو لپاره، سپروفلوكراسین او

- 1

- 2 - میترونیدازول د منتن پانکراتیک نکروزس لپاره ورکول کیربی، خو په روتین  
ھول ۳۰ سلنھ خخه کمو ناروغانو ته انتی بیوتیک نه ورکول کیربی. (۳۷)
- ۹ - وریدی سومستاتین ورکول خرگند نه دی، اکتریوتائید اغیزه نه لری.
- ۱۰ - ناروغ باید په شدیدی خارنی خونه کې بستر شی.
- ۱۱ - بایدھیماتوکریت، د وینی د سپینوژونکوشمیر، سیروم الکترولیت، کلسیوم،  
بی، یو، ان، کریاتینین، AST، LDH او گازات مانیتور شی.
- ۱۲ - وینه، بلغم، پلوراپی مایع او تشی متیازی باید وکل شی. (۳۷)

### داختلاتاتو درملنه او دناروغ خارل:

دپانکراتایتس په شدیدو حالاتو کې باید د جراح سره سلا وشی. که چیری تشخيص  
شکمن وي نو اکتشافی لپراتومی ترسره کیربی. که پانکراتایتس نه وي نو دلاس وھنې  
خخه پرته گیپه گنبدل کیربی. (۳۷)

که پانکراتایتس خفیف او کولي لیتیازیس ورسره مل وي نو کولي سیستیکوتومی یا کولي  
سیستومی ترسره کیربی. (۳۷)

که پانکراتایتس دکولي ھوکو لیتیازیس له کبله وي او بیلروین د ۵ ملی گرام پر دیسي  
لیتر خخه لور وي اویا کولاتجیتس ورسره یوئھای وي نو اندوسکوپیک ریتروگراد  
کولاتجیو پانکراتوگرافی داندوسکوپیک سپاینکتروتومی سره یوئھای ترسره کیربی  
او تیزه ایستل کیربی. (۳۷)

که نیکروتیک پانکراتایتس وي دناروغ کلینیکی حالت دخرابوالی دنرو غرۇ د دندو  
دخرابوالی سره یوئھای وي او د ۶-۴ اوئیو په موده کې د داخلی درملنې سره بىنه نه شو  
نو جراحی درملنه ترسره کیربی. منتن نکروزس تل جراحی درملنه کیربی د جراحی درملنې  
موخەداده چې نکروتیک او شاوخوا انساج لرې او بىنه دریناژ شی. (۳۷)

انزار:

د ۲۳۸۰ کال خخه راپدیخوا د بیرپنی پانکراتایتس د مرپینی کچه د ۱۰ سلنو خخه ۵ سلنوتھ بسکته شوې.

کە د حاد پانکراتایتس د Ranson's criteria د دریو خخه زیاتی وي نو ۲۰ سلنہ مرپینه لری چې نیمايی مرپینه په لو مرپنیو دوه او نیو کې وي چې د دھو غړو د بې وسی له کبله وي. کە د دھو غړو بې وسی د ۴۸ ساعتو خخه زیات پایبنت و مومی نو د مرپینی سلنہ د ۵ سلنو خخه زیاتیږي. د ناروغی اختلالات په الکولیک پانکراتایتس کې وي. (۳۷)

### د پانکراس ځنډنی التهاب (Chronic Pancreatitis)

پېژندنه:

ځنډنی پانکراتایتس د پانکراس د ځنډنی التهاب خخه عبارت ده چې متصف دی په په فبروزس او د پانکراس د اکروکراین انساجو وي جارتیا باندې. د لنگرهاتز د ازلت د اخته کیدو له امله د شکرې ناروغی او د ځنډنی وي جارتیا له کبله پر له پسې درد یا مل ابسورپشن مینځ ته رائې. (۳۸، ۲۲)

اپیدیمولوژی:

د ځنډنی پانکراتایتس د ناروغانو شمیره بنه خرگنده نه ده خو یوازی په یوه خیړنې کې بنودل شوي چې پیښې یې په کال کې ۲، ۸، په ۱۰۰۰۰۰ کې وي خوداشمیرنه هم تر او سه بنه خرگنده نه ده په او توپسي کې بنودل شوي چې خپریدنې یې ۰.۰۴-۰.۰۵ سلنوتھ رسیدلې ده. (۳۸، ۲۲)

لاملونه:

کلسيفيکيشن: الکولیک، بندیزی، دامپولاواتر تنگوالی، کیستیک فبروزس، ارثیت، ایدوپاتیک. (۳۸، ۲۲)

**پتوفر بالوزی:**

تر او سه پوري يوه واحده نظریه چې په دپانکراس کې خنګه التهابي پروسه مينځته راخي بنه نده پیژندل شوي خوداسي گمان کېږي چې په دپانکراس کې په نالنه ولیزه توګه انتزايونه فعالېږي چې دپانکراس د ناروغیدو لامل کېږي. (۲۲، ۳۸، ۱۱)

په اړشي پانکراتایتس کې د تریپسینوجن او د هغه دنهي کوونکي پروتین ترمینځ انډول خرابېږي يا نې د تریپسینوجن کچه د هغه دنهي کوونکي پروتین په پرتله لوړېږي چې فعال تریپسین د پانکراس دانساجو دويجاري دو لامل کېږي. (۲۲، ۳۸، ۱۱)

همدارنګه خنډني الكول څښل د تریپسینوجن کچه د هغه دنهي کوونکي په پرتله لوړوي. داسي اند شته چې دپانکراس په دنته کې انتزايی فعالیت دپانکراس د قنات په لومن کې پروتینونو ته ترسب ورکوي او پلاک جورېږي دغه پلاک د کلسیفیکیشن لپاره یو هسته جورېږي چې په پاڼي کې د پانکراس دويجاري دو لامل کېږي دسایتوکینونو فعالیدل دغه پروسه نوره هم اوږدو. (۲۲، ۳۸)

**پتالوزی:**

خنډني پانکراتایتس خو ډولونه لري چې غوره يې کلسیفید پانکراتایتس دی چې په الكولیستانو کې زیات ووي. (۲۲)

افت د پانکراس لوړونه اغیزمنوی، اسینای اتروفی کوي دلوښونو په دنته کې فبروزي انساج زیاتېږي او خنډني التهابي انفلتریشن دلوښونو او قناتونو په شاوخوا کې مينځته راخي. پروتیني پلاک دلومن په دنته کې جورېږي. پانکراس کلک او کلسیفید وی او په دپانکراس کې دروغجن کیستونه جورېږي. (۲۲)

**کلینیکي بنه:**

د خنډني پانکراتایتس غوره ګیلې دا پې ګاستریک درد دی چې شاه خواته خپرېږي. درد بنایي پر له پسې، متناوبه وي او یا نه وي دالکولو پواسطه زیاتېږي.

نوري نښې عبارت دی له بې اشتھایي، وزن کمیدلو، دیابتیس، ملابسورېشن او زیرېري خخمه. (۳۲)

**تشخیص:**

د ھنډه‌نی پانکراتایتس تشخیص د دری ازموینو پرمت کیږي.

**الف: تشخیصیه ازموینی:**

- ١- التراسوند: په CT سکن کې د پانکراس اتروفی، کلسيفيکيشن او د قناتونو پراخوالی لیدل کیږي.
- ٢- د ګیډې په ساده رادیوگرافی کې کلسيفيکيشن بنکاري.
- ٣- اندوسکوبیک التراسوند.

**ب: دپانکراس دندنو ازموینی:**

- ١- د سکریتین دزرق خخه وروسته د پانکراس دافرازاتو اندازه کول.
- ٢- دپانکراس د استریز انزایم پواسطه توتی کیږي. وروسته د توتیه کیدو خخه جذبیری او په تشو متیازو کې اطراح یې اندازه کیږي دا په شدید پانکراتیک بې وسی کې ډیره بنه ازموینه ده. (٣٦)
- ٣- PABA Test: کله چې Para aminobenzoic acid دخولی دلاړی و خورل شی نود کیموتریپسین پواسطه هایدرولیز کیږي او پارا امینو بنزویک اسید ترې ازاد یږي، وروسته د کنجوګیت کیدو خخه په تشو متیازو کې وزی.
- ٤- په ډکو متیازو کې د کیموتریپسین یا الاستیز اندازه کول.
- ٥- Oral Glucose Tolerance test مثبت وي. (٣٦)

**اختلاطات:**

- ١- دپانکراس دروغجن کیستونه: پانکراتیک اسایتس چې په دواړو (بیرنې او ځنډه‌نی پانکراتایتس) کې وي.
- ٢- د ټیگر خخه دباندې بندېستی ژیری د کامن صفر اوی قنات دبندیدو له کبله وي.
- ٣- د ډیډونیوم تنگوالی.

- ٤- دپورتل يا د توري دوريد ترومبوزس چي د سگمنتال پورتل هايپرتنشن او گاستريک واريتس لامل کيربي.
- ٥- پيپتيك السر.
- ٦- ديابتيك کيتواسيدوزس او ديابتيك کوما.
- ٧- ريتينوپاتي، نيوروپاتي.
- ٨- ريتينوپاتي د ويتامين A او دزينگ دلبرالي له کبله وي.
- ٩- پلورال ايفيوژن (کين خواکي وي).
- ١٠- معدى معايي وينه بهيدنه.
- ١١- ژيري
- ١٢- دھلہ و کو دردونه.
- ١٣- دپانکراس سرطان. (۳۲)
- درملنه:
- ١- دالکولود پرينسودلو سره دناروغری پرمختگ دريري او درد غلى کيربي.
- ٢- درد غلى کولولپاره نن ستروئيد التهاب ضد درمل ، اوبيات ، امي تريپتالين ، انت اوکسيданات او دخولي د لاري پانکراتيك انزايمونه ورکول کيربي. همدارنگه درد د سليک اکسيس بلاکولو ، اندوسكوبيك تراپي او جراحى لاس وهنې پواسطه غلى کيربي. (۳۲)
- ٣- د شحمى نس ناستي درملنه:
- په خورو کې غور کم شي.
  - پانکرياتيك انزايمونه.
- اسيد افراز نهی کوونکي درمل لکه : اچ دوه رسپتور بلاکونکي. (۳۲)
- ٤- هغه ديابتيس چي دپانکراس د بى وسى له کبله مينخته راغلى وي کنترول يې دخولي د لاري هايپوگلاسيميك درملو سره گران دى.
- ٥- د اختلاتاتو درملنه

دروغجن کیستونه، پانکراتیک اسایتپس، د کامن صفراوی قنات بندیز، داثنا عشر تنگوالی او پورتل هایپرتنشن د جراحی یا اندوسکوپی پواسطه درملنه کیږي. (۳۶)

### انزار:

خندپنی پانکراتایتس د ډیرې ناتوانی لامل کیږي. انزار یې د درملنې ورناروغریولکه (صفراوی تیبرې، د کولي ډوكټ تیبرې، د اوډی د معصری تنگوالی، هایپرپاراتائیرودیزم) درملنې سره بنه کیږي. د هایپر لیپیدیمیا درملنه د ناروغری د بابیپی خخه مخنیوی کوي. (۳۶)

دالکولیک پانکراتایتس درد دپانکراسی قنات د ارتوالی سره بنه کیږي. (۳۶)

**دپانکراس کنسر(Cancer of the pancreas):**

### اپیدیمیولوژی:

په لویدیزو هیوادونو کې د پانکراس د کنسر پیښې ۱۵-۱۰ په ۱۰۰۰۰ کې دی او د ۷۰ کلنی خخه وروسته پیښې یې ۱۰۰ په ۱۰۰۰۰ زیاتیرې په نارینوو کې د بنخو په پرتلہ دوه برابره دي، په لویدیزو هیوادونو کې د کنسر له کبله مرینه پنځم لامل کیږي، ۹۶% د پانکراس ادينوکارسینوما دی. (۳۶، ۳۷)

### لاملونه:

- ۱- سگریت شکول: دپانکراس کنسر په سگریت شکونکو کې د نه خکونکو په پرتلہ درې برابره زیات دي.
- ۲- خندپنی پانکراتایتس.
- ۳- چاغوالی
- ۴- محضی یالي فکتورونه لکه د پترولیوم پیداوار، نفتلا امين.

۵- جنتیک بدلونونه لکه په ۹۰ سلنہ ڈکتیل ادینو کارسینوما کې د K-rase-gene شتون مثبت وي. (۲۶)

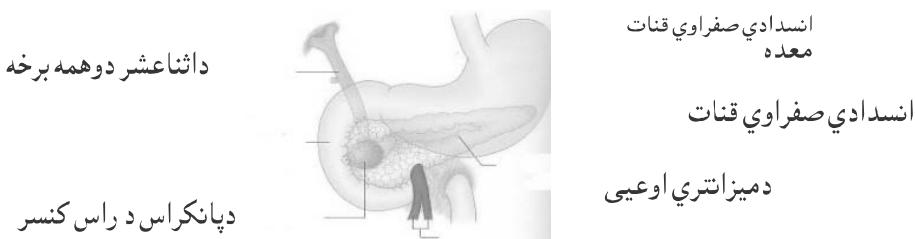
### پتابلوژی:

۹۰ سلنہ دپانکراس کنسر ادینو کارسینوما دی چې دپانکریاتیک ڈكت خخه سرچینه اخلي. تومور موضعی غړي اخته کوي او نورو ځایونو ته هم میتاستاز ورکوي لکه لمفاوي غوطو ته ناروغری هغه وخت پیژندل کېږي چې ډير پر مخ تګ يې کړي وي. (۳۸) کلینیکي بنه:

۹۰ سلنہ خخه زیات دپانکراس کنسر دقنات ادینو کارسینوما دی. ۱۰۰-۵ دازلیت تومور دی دپانکراس تومور ۷۰ سلنہ په سر، ۲۰ سلنہ په تنه او ۱۰ فیصده په لکي کې وي. (۲۶)

دپانکراس دبدن يا لکي ګيلې عبارت دي له: د ګيدې درد او وزن بايللو خخه چې په ۷۵ سلنہ ناروغانو کې وي.

درد غابن چيچونکي وصف لري، حشووي وي، کله کله د اپي ګاستریوم خخه شاه ته خپرېږي، مخکي خواته د توغیدو سره ارامېږي. که درد ډير شدید وي يې داده چې د پريتوان شاه ته يې برید کړي او په اسپلانشينیک عصب کې يې انفلتریشن کړي. پدي وخت کې تومور د جراحې د کرنې پواسطه نه ایستل کېږي. (۲۶) نادرأ ډير شدید دردونه تیرې دونکي وي او دها پر امیلزیمیا سره مل وي او د حاد پانکراتایتس کوم چې دقنات د بندیدو له کبله مینځته راخې بسونه کوي، وزن بايلل د بی اشتھا يې او د جذب خرابوالی خخه پیدا کېږي. (۲۶)



### (۱۶-۱) شکل دپانکراس د سر تومور (۳۶)

دپانکراس د سر یا امپولا وتر په تومور کې ژیړی وي چې د صفراوی قنات د بندیدو له کبله مینځته راخي:

تشې متیازې تیاره او د ټکي متيازې خاورینې وي. خاربنت شته وي. بى درد ژیړی د صفراوی قنات، اثناعشر او پیری امپولا په تومورو نو کې وي که درد شته وي نو د تومور د پرمختګ بنودنه کوي. (۳۶)

#### دپانکراس د تومور نښې:

دپانکراس د سر د تومور نښې عبارت دي له *Courvoisiers signe* (د جس و په صفراوی کھوړه) د ګیدې په منځنې برخه کې کتله او د ئېگر لویوالی جس کېږي. (۳۶)

دپانکراس د تومور غیر معمول نښې عبارت دي له *Migratory thrombophlebitis*، د جس و په صفراوی کھوړه، معدې معایي وينه بهیدنه، د توری لویوالی، د ګلوکوز نه زعمل، پولي ارتریتس او د پوستکی د نوډولونو خخه. (۳۶)

#### تشخيص:

۱- ترانس ابديominal التراسوند : ددې پواسطه دپانکراس د سر تومور او پراخه شوی قنات تشخيصې د تنس او لکۍ تومور ددې پواسطه نه تشخيصې څکه چې تومور د کولمو د ګازاتو لاندې وي. (۳۶)

۲- Contrast enhanced spiral CT Scan : ددې پواسطه درګونو، دلمف غوطه او لري برخو میتاستازس خرګندېږي.

۳- لپراسکوپي: د ګراحي کړنو خخه مخکي ترسره کېږي.

۴- د پوستکي د لاري بايوپسي: د درملنې خخه مخکي د هستولوژیک تشخيص لپاره اړينه.

## ۵- د دناخترگندو شوی تومورو د تشخیص MRI Scaning and endoscopic Ultrasound :

لپاره کارول کیبی. (۳۶)

### د تومورو نو ستیزونه:

۱- لو مری ستیز: تومور هغه وخت دایستلو ور وی چې .

- T1-T2 : تومور یو ساتی متر او یا د دوو ساتی مترو خخه غتې وی.

- Nx : د لمفاوی غوتوا اخته کیدل خرگند نه وی.

- سلیاک اکسیس اخته شوی نه وی.

- Supperior mesenteric artery : SMA اخته شوی نه وی.

- Superior mesenteric vein with portal vein : SMPV اخته نه وی.

- دپانکراس خخه دباندې ناروغری خپره شوی نه وی. (۳۶)

۲- دوهم ستیز :

- په موضعی توګه یې پرمختګ کړي وی.

- شربانونه اخته شوی نه وی (سلیاک اکسیس، SMA)

- وریدی انسداد (SMV ، پورتل ورید)

- دپانکراس خخه دباندې افت وتلى نه وی. (۳۶)

۳- دریم ستیز

- میتاستازس M1-Nx-1 ، T1-T3 تومور د یو یا درې ساتی مترو خخه غتې وی لری برخو ته

میتاستازس ورکړی وی ، لمفاوی غوتوا ته میتاستازس ورکړی وی

- خیگر، پریتوان، سبرو ته یې میتاستازس ورکړی وی. (۳۶)

درملنه:

۲ سلنې ناروغان ترپنځو کالو پوري د جراحی درملنې سره ژوند کولابی شي، نزدې شل سلنې پیښو کې

تومور موضعی وي چې د جراحی کېنې پواسطه د ایستلو ور وی، په ډیری پیښو کې د درد ارامولو

دی. (۳۶)

د اندوسکوبی دلازې د ستنت اینسودل یو خه اراموالی راوړی او د مرینې کچه کموی. د اثنا عشر په

بندبنت کې د درد د ارامولو لپاره جراحی درملنې ده. د ستنت اینسودل د لنډې مودې لپاره بنه پايله

لري رادیووترابې د کیمومترابې په پرتله ګټوره ۵۵.

۵ فلورویوراسیل او جیم سایتابین د ناروغری په شدیدو حالاتو کې ګټوره دی. (۳۶)

## انزار

دپانکراس کانسر په تیره دسر اول کی انزار خراب وي ۵-۲ سلنه ناروغان بې لە عملياتو خخه تر پنځه کلوپوري ژوند کولای شي او که تومور وویستل شي دغه سلنه ۴۰-۲۰ ته رسیپري که د پانکراس د سرتومور په لومړي وخت کې په پاملنې سره وویستل شي نو ناروغې به تر ډيرې مودې پورې ژوندي پاتې شي. (۳)

## Malabsorption

### پیژندنه:

مل ابسوربشن هغه ناروغری ته ويل کېږي چې دخواراکي توکو هضم او جذب په کې خراب شي. (۳۲)

### لاملونه:

Celiac Disease - ۱

Dermatitis herpetiform - ۲

Tropical Sprue - ۳

Bacterial Over Growth - ۴

Intestinal resection - ۵

Whipple disease - ۶

(۳۲) (Giardia intestinal) Parasite infestation - ۷

Celiac Disease

Gluten sensitive enteropathy

د سلياک ناروغری د کوچنيو کولمود جيچينوم د مخاطي طبقي د التهابي ناروغری خخه عبارت ده چې د ګلوتين بواسطه مينځته رائي او کله چې دخوره خخه ګلوتين لري شي ناروغری بنه کېږي ګلوتين په غنمو، تورو غنمو او جودرو کې وي. (۳۲)

### پېښې:

سلياک ناروغری په ټوله نړۍ کې خپره ده چې په شمالی امریکا کې ډير او په توره افريقا کې لړه ده. په تودو سيمو کې يې پېښې 1/100-1 ده.

دسلیاک ناروغى بشپر ارثي والى خرگند نه دى خود كورنى په لومپنيو خپلوانو کې  
١٥-١٠ سلنە وي. (٣٦)

هغه جينونه چې دسلیاک د ناروغى لپاره ھير برابر دى عبارت دى له:  
(DQA1<sup>\*</sup> 0301, DQB1<sup>\*</sup> 0302) او DQ8 (DQB1<sup>\*</sup> 0201, DQA<sup>\*</sup> 0501) DQ2  
خخه. ٩٠ سلنە پىبنې يې په DQ2 جين لرونکو کې وي. (٣٦)  
لاملونه:

گلوتين يو دروند ماليكولي وزن لرونکى مركب دى چې په a.γ.β او گلايدين  
پىپتيدونو باندى توتىپ كېرىي چې ددى تولو خخه يې ۰ دكوجنيو كولمو په مخاطي  
طبقى باندى ڈيره زهرجنه اغيزه لري.

د T ژونکى د ناروغى په مينحئه راتلو کې مرکزى دندە لري. داژونکى د انساجود  
ترانس گلوتامينيز اترايم په وړاندې دفاع کوي. همدارنګه چاپيرىالي فكتورونه لکه  
وايروسى اتنانات هم دناروغى په مينحئه راتلو کې ونډه لري. (٣٦)

### پتالوژي:

پدې ناروغى کې ڈيرى دكوجنيو كولمو طبقي اغيزمن كېرىي، ويلاقه مينحئه ئىي  
مخاطي پوبن همواروي كريپتيونه هايپريلازيا کوي. لاميناپروپيريا کې پلازما سيل،  
مکروفازونه، لمفوسايتونه، ازوونوفيل او ماست ژونکى ڈير والى کوي. (٢٥، ٢٢)

### كلينيكيي بنە:

سلياک ناروغى په هر عمر کې مينحئه راتلاي شي خو ھيرى په هغه نوى زېبىدلې  
ماشومانو کې چې دتى رو دلو خخه بىلىرى او د گلوتين لرونکو خواره ورتە پىلىرى  
پيدا كېرىي. په غتىانو کې په ٥٠ كلنى کې پيدا كېرىي. گيلى غير وصفى وي، ناروغان  
ستري، ستومانه او خاسف وي. (٣٦)

دهضمي سيستم گيلې عبارت دى له نس ناسته، شحمى نس ناسته، د گىيدى درد،  
پپسوب، باد، دخولي دتپونوا انگولار ستوماتيتس خخه.

عصبی گیلی یې عبارت دی له: له خفگانونو، روحی فشارونه، پاراستیزیا، اتكزیا (د دماغي کلسیفیکیشن له کبله) عضلي ناتوانی او پالی نیوروپاتی خخه. (۳۶) نوري گیلی یې عبارت دی له شنډتوب (عقامت) وزن بايلل، تیتانی، او ستومالیشیا، اوستیوپروزیسنس، مل تریشن او دلاسو او پښو پرسوب خخه.

په سلیاک ناروغری کې د چینو اتوامیون ناروغریو (تائیروید ناروغری، IDDM، پرایمری بایلاری سیروز، IBD ، S jogren syndrome ، دھیگر ځنډنۍ ناروغری، IgA لړوالی) پیښې زیاتیرې په فزیکي کتنه کې یوازې انيمیا او مل تریشن وي. (۳۶)

پلټنې:

۱- په سیروم کې Endomyseal (EMA) and Tissue transglutaminase (tTG) اتی باډی ګانی شته وي Anti bodies (IgA)

Anti tissue glutaminase او Immuno fluoresceins د Endomyseal antibody ELISA د antibody پواسطه تشخیصیږي.

که دا دواړه اتی باډی ګانی شته وي تشخیص یقیني کوي او د بایوپسی لپاره اړتیا نشته.

۲- (ARA) Anti reticulin antibody

د احساسه او غیر وصفی ازمونه د چې بنایي دھضمی سیستم په نورو ناروغریو کې لکه کرون ناروغری کې هم وي.

۳- د اثناشر او جیجینوم بایوپسی ستندرد ازمونه ده.

۴- هیماتولوژی : ۵۰% پیښو کې خفیفه یا په منځنۍ کچه انيمیاوی چې د فولات یا ویتامین بی ۱۲ یا داوسپنې د کموالی له کبله دوینې په محیطی فلم کې مایکروسایت، مکروسایت، Howell jolly bodies او Hypersegmented PMN (د توری د اتروفی له کبله) وي.

۵- د جذب ازمونې: د شحم، لکتوز او ویتامین بی ۱۲ جذب خراب وي.

٦- رادیولوژی: په فالو ترو ازمونینه کې کوچنی، کولمې پراخه او فولډونه بنه نه بسکاري.

Wireless capsul endoscopy -٧

دورو کولمو دابنار ملتي او اختلاطاتو لپاره کارول کيږي.

٨- Bone densitometry : د اوستیوپروسیس دشتون لپاره تر سره کيږي.

٩- بايو کیمسنtri: په ټولو شدیدو ناروغانو کې هایپوکلسیمیا، هایپو الومینیمیما او هایپر فاسفتیمیا اوستیومالیشیا وي. (٣٢)

درملنه:

که دخوارکي توکو خخه ګلوتين لري شي نو په ناروغ کې کلینيکي او مارفولوژیک بنه والي خرگندېري. هیماتنیک مواد لکه او سپنه، فولیک اسید او کلسیوم باید ناروغ ته ورکړل شي. که په ناروغ کې بنه والي پیدانه شو بیا با پوپسی تر سره کيږي. که د ګلوتين د لري کولو سره بدلون راغی نو د ناروغی د بنه تشخیص لپاره بیا ګلوتين په خوروکې ورکول کيږي او بیا د جیجینوم مارفولوژی تر خیرنې لاندې نیول کيږي، نادرأً ټینګاري ناروغان د کورتیکوستروئید او معافیت څونکو درملو سره بنه کيږي.

که توري کوچنی شوي وي نو ناروغان باید په هرو پنځو کالو کې د نموکوک نمونیاد مخنيوی لپاره واکسین شي. (٣٢)

اختلاطات او انزار:

په سلياک ناروغۍ کې د خبيشه ناروغیو لکه ورو کولمو کارسینوما، د مری سکواموز کارسینوما د پیداکيدو خطر زیاتیرې او په لبو ناروغانو کې السراتیف جیجیونیتس مینځته رائي چې تبه، د ګیدې درد، د کولمو بندښت او سوری کیدل ور سره یوځای وي.

(٣٢)

د کوچینو کولمو اختلاطات نادرأً د باریوم او اتروسکوپی پواسطه تشخیصیږي نو ځکه بايو پسی تر سره کيږي. ناروغې په عمومي ډول پر مخ تلونکی سیر لري، په او بد سیر لرونکي ناروغې کې دهه وکو میتابولیکې ناروغې پیداکېږي.

هغه ناروغان چې د ګلوتين خخه تشنخه خواره خورې با بېړي یې لېږدي. (٣٢)

## Dermatitis herpetiformis

دا نادره ناروغې د چې د پوستکي Subepidermal blistering eruption دسلیاک انتروپاتی سره یوځای وي.

د پوستکي په بايوپسي کې سب اپي درمل بلستر او ديرمل پپيلا کې تروفيليك مايکرواپسی وي. (۳۶)

د جيچينوم مارفولوزيکه خيره د شديدي سلياک ناروغۍ په شان نه وي. ارثيت او امينولوزيکي ابنارملتى يې دسلیاک د ناروغۍ په شان دى. د پوستکي تشوشات يې د ګلوتين خخه تشنخوړ او ډاپسون سره بنه کېږي. (۳۶)

## Tropical Sprue

دايو انديميکه ناروغې د چې د تودو سيمواوسيدونکو يا سيل کوونکو کې زياته وي. پدې کې په لړه اندازه مل ابسوربشن وي. ډيری ناروغان ګيلې نه لري همدارنګه کله کله د تروپيکل مل ابسورپشن پنوم يادېږي. (۳۶)

دا ناروغې ډيری په اسيما، اميريکا کې وي. کله کله اپيديمي يې د دووكالو پوري دوام مومني او لس كاله وروسته بيا پيداکېږي.

لامل يې خرگند نه دی خوه ډيری ګمان کېږي چې اتناني وي ځکه چې په اپيديميک ډول پيداکېږي او داتي ېيوتيکو سره بنه کېږي.

کلينيکي خيره يې عبارت دی له نس ناستي، بي اشتھائي، د ګيدې د پرسوب او د وزن بايللو خخه. (۳۶)

دناروغې پيل په بيرپنۍ توګه وي چې په اپيديميکه ئاي کې د لېبو ورڅو يا خوکالو اوسيدلو خخه وروسته پيداکېږي.

اپيديمي يې پراخه وي او زرګونه خلک په یو وخت کې پري اخته کېږي، ځينې وخت ناروغې ورو ورو پيلېږي چې د ځنډنۍ نس ناستي او دخوراکي توکو د لېبوالي سره یوځای وي. (۳۶)

تشخيص:

دجیجینوم مخاطی پوبن ابنارمل او ویلای اتروفی کرپی وي. دسلیاک د ناروغی په شان شدید نه وي، دجارديا سره بايد توپیري تشخيص شي. دشحم او ویتامين بي ۱۲ جذب زيات په کې خرابېرى. (۳۶)

درملنه:

چېرى ناروغان د سپرو د سیمې د پرینسپدلو او دورخې د ۵ ملی گرامه فولیک اسید دخړلوا سره بنه کېږي. ډېرى ناروغان دورخې د یوګرام تتراسایکلین د خړلوا سره بشپړ بنه شوي او دارتیا په مهال تر ۲ میاشتو پوري دوام ورکول کېږي. (۳۶) د ناروغی په شدید حالت کې که د یهایدریشن شته وي نو مايغات او الکترولات ورکول کېږي. دخراکي توکو نیمگړتیاوی بايد سمی شي او ویتامين بي ۱۲ بايد ۱۰۰۰ مایکرو گرامه وکارول شي. د ناروغى انزار بنه دي. په اپیدیمیک سیمو کې مرینه د اوبو او الکترولاتو د ستونزو له کبله وي. (۳۶)

(په کولمو کې د باکتریاوزیاتوالی) (Blind loop syndrome)

په غټو کولمو کې زيات شمیران ایروبیک بکتریا (لکه بکتروئید Bifido bacteria او سیبې) چې د ایروبیک بکتریا او په پرتله (ای کولای ، اتیروکوک او اتیروبکتر ۱۰۰-۱۰۰۰ وارې زیاتې دی دغه مایکروفلورا غوره میتابولیکی دندې لري لکه دهغه خوراکي توکو څخه چې د جذب وړ نه دی د تخمیری کړنې پواسطه لنډه ځنځير لرونکی شحمي اسیدونه جوروی کوم چې په کولون کې د انژژی سرچینه ده. (۳۶) دا بکتریاګانی ویتامین کا تولیدوی، دامیون سیستم د ساتلو لپاره د اپی تیليل ژونکو ډیروالی کنترولوی او د کولمو مخاطی پوبن د پتوجنیک بکتریا و د کالونیزشن څخه ساتې، دورو کولمو پورتنۍ برخه دتل لپاره پاک وي او یوازې په کمه اندازه دخولې اور ګاینزمونه په کې وي. د معده اسید ډېرى ارګانیزمونه وژنې او د ورو کولمو حرکتونه جیجینوم تشوی. نارمل ترمینل الیوم کې ګن شمیر فیکل تیپ ارګانیزمونه لکه ای کولای او ان ایروبیک بکتریاګانی او په کولون کې بکتریاګانی وي). (۳۶)

په کولمو کي د باكترياو زياتوالی په نارمل حالت کي دورو کولمو په عضوي ناروغيو  
کي وي او په زرو کي پرته د عضوي ناروغيو خخه وي  
د اى کولاي او بكتروئيد اندازه د  $10^6$ /ml خخه زياته وي دغه بكترياوي صفراوي  
مالگي ډي ګنجوگيتيد او هايدروکسي ليتيد کوي.

د کلينيك له نظره دا ناروغان نس ناسته او شحمي نس ناسته لري شحمي نس ناسته د  
ګنجوگيتيد صفراوي مالگود کموالي لامل کيربي. دشحمي نس ناستي اوصاف عبارت  
دي له :

دې کو متيازو حجم ډير، رنگ یې پيکه، بدبویه، دهوا اندازه یې زياته وي، د ډکو  
متيازو د غورو اندازه ۱۷۰۰ ملي مول خخه زيات وي، او د کمود خخه په اسانۍ سره  
پاکيربي. (۳۶)

په شحمي نس ناسته کي بكترياګانۍ ويتامين بي ۱۲ ميتابوليز کوي او نه پرېړدي چې  
دادخل المنشه فكتور سره ونبلي نو خکه یې کموالي یې مينځته رائي ځينې  
بكترياګانۍ فوليک اسيد توليدوي چې د سيروم کچه یې لوړيربي. (۳۶)  
د ويتامين ب ۱۲ کموالي دومره شدید نه وي چې د عصبي ستونزو لامل شي.  
دا ناروغری د هايدروجن بریت تست پواسطه تشخيصيري (کله چې ناروغ ته لکتوز يا  
ګلوكوز ورکړل شي د بكترياو پواسطه ميتابوليز کيربي او هايدروجن توليد يې چې په  
تنفس کي دهايدروجن زياتوالی د ددي ناروغری بسودنه کوي. (۳۶)

درملنه:

- ۱- عضوي پتالوژيکي ناروغری باید درملنه شي.
- ۲- ميترونيدازول : تتراسيايکلين يا سپروفلاکزاسين کارول کيربي. (۳۶)

#### Whipple's Disease

وي پل د خوسيستمونو یوه نادره ناروغرې ده چې د Tropheryma whipples پواسطه  
مينځته رائي په نارينوو کې زياته وي د ۴۰-۲۰ کالو په عمر کې پيداکيربي دانسان  
څخه یې انسان ته خپریدنه خرګنده نه ده. (۳۶)

**کلینیکی بنه:**

دناروغی لومړنۍ ګیله د بندونو درد چې ۸۲ سلنہ پیښو کې وي لیږدیدونکی وي، سوء شکل نه لري، ۷۵ سلنہ پیښو کې معدې معايي ګیلې (لکه د ګیله د درد، پرسوب، باد، شحمي نس ناسته، مل ابسوربشن او وزن کموالی، پروتین لوسينگ اينتيروياتي وي چې د هاپيو البومنیمیا او پرسوب سره يوهای وي) لري. (۳۶)

۵ سلنہ پیښو کې خفیفه درجه تبه، خندهنی توخته، جنراлиз لمف ادينوپاتي وي دزره بې وسی، دوالونو بې وسی، دسربو ناروغی، دسترگو ناروغی لکه Uveitis او Viteritis، Keratitis، Retinitis او Retinal Hemorrhage، د مرکزي عصبي سیستم ګیلې لکه Dementia، ليتارجي، کوما، اختلالات، مايوکلونیوس، دقافي ازواجو ناروغی لکه نیستگموس او افتالمو فلیجیا وي. (۳۶)

دھستولوژي له نظره د کولمو ويلاله مینځه تللی وي او Acid Schiff (PAS) لرونکې وي. د کولمو خخه د باندي د ناروغیو د تشخيص Positive macrophage لپاره PCR ترسره کېږي. (۳۶)

وي پل ناروغی د مل ابسورپشن، خرگندې تبې، لمف ادينوپاتي، سیرونيگاتیف ارتریتس، کلچر نیگاتیف اندوکاردایتس او مولتی سیستمیک ناروغیو سره توپیری تشخيص کېږي. (۳۶)

**درملنه:**

کوتراي موکسازول دورخې دوه ئله د یوکال لپاره او په شدیدو حالاتو کې سفتریا کزون د ورخې دوه ګرامه د دوه او نیو لپاره ورکول کېږي. که د کوتراي موکسازول سره الرژي یا تینګار موجود وي نو سفالو سپورین، انترفیرون ګاما یا فلورو کینولون کارول کېږي.

(۳۶)

## دوجهه برخه

### دبولي لارو انتانات :Urinary Tract Infection(UTI)

پېژندنه:

دبولي لارو انتانات دغوره باكتريايي ناروغيو خخه دي چې په بولي لاره کې د انتاناتو د چيروالى له کبله منځ ته راخي.

که دتشو متيازو د منځنۍ برخې خخه سمپل واخیستل شي نو په يو ملي ليتر کې د نيوتروفيل شمير به  $10^5$  خخه زيات وي. (٢٢، ٣٨)

اپيديمولوزي:

دبولي لارو انتانات د اپيديمولوزي له مخې په دوو ډلو ويشل شوي دي.  
دكتيتر پواسطه (نازوکوميال) او غير له کتيتره خخه (په تولنه کې) چې په دواړو حالو کې بنائي ګيلي شته وي اويا نه وي. (٢٢، ٣٨)

٥٠% بسخى د بولي لارو انتانات لري چې  $3\%$  په شل کلنو انجنو کې وي او په هرو لسو کالو کې يې يوه سلنې پيښې زياتيري. د بولي لارو د انتاناتو پيښې په نارينوو کې ډير لبې وي خو په يو کلن ماشومانو اود ٢٠ کلنۍ خخه پورته عمر کې ډيرې وي.  
په زړو نارينوو کې يې د چيروالى لامل د پروستات هاپرتروفي ده.

ګيلي نه لرونکې بكتريايوريا په زړو نارينوو او بسخوو کې  $50\%-40\%$  دی. (٢٢، ٣٨)

پتوجنيزس:

د بولي لارو د انتاناتو په منځته راتلو کې لاندي فكتوروونه ونډه لري.

۱: جنس او جنسی فعالیت : د بولي لارو د انتاناتو پيښې په بسخوو کې ډيرې دی ځکه چې احليل يې لنډه (٤ ساعتی متره) مقعد ته تزدي دی او مهبل سره تزدي ختميري.  
دکوروالى په وخت کې باكتريا ژر مثاني ته داخليې. (٢٢)

همدارنګه خينې نور فكتوروونه چې په بسخوو کې د بولي لارو د انتاناتو خطر زياتوي عبارت دي د سپرم وژونکو توکو، دیافراګم، سرویکل کې، Spermcid coated condom کارول دی. (٢٢)

په نارينوو کې د بولي لاري د انتاناتو برابرونکې فكتوروونه عبارت دي له: د پروستات

هایپرتروفی، د ریکتوم د لارې هوموسیکسیول یا هیتروسیکسیول جنسی فعالیت او سنتی نه کولو خخه . (۲۲)

هغه بسچې او نازینه چې HIV باندې اخته وي اويا CD4+T Cell شمير يې د  $\mu\text{m}/200$  خخه کم وي د UTI لپاره برابر دي.

## ۲- اميدواري :

۲-۸% اميدواري بسچې په UTI اخته وي. ۳۰-۲۰ سلنہ گیلې نه لرونکی بکتریا یوریا په پیالونفرتیس باندې بدليږي. په اميدواري کې د UTI د زیاتوالی فکتورونه عبارت دي له : د حالب د ټون او استداري حرکاتو کموالي ، ویزیکویوري ترال وال تیریدونکي بې وسي ، دولادت په وخت یا وروسته په مثانه کې د کتیتر اچولو خخه.

په اميدواري کې د UTI اختلالات عبارت دي له: کم وزنه ماشوم زیبول، مخکې له وخته پیداکيدل، د ماشوم د مرینې خخه (په تیره د پورتنی بولې لارو انتاناتو کې). (۲۲)

## ۳- انسداد :

د بولې لارو تومور، تنگوالی، کانې او پروستات هایپرتروفی د هایدرونفروس او خطر زیاتوي.

## ۴- Neurogenic Bladder :

ديابیت مليپس، سپینل کارد تروما، تابس دورسالیس، مولتیپل اسکلیروسیس کې د مثانی تعصیب خرابیږي چې په مثانه کې تشې متیازې تولیږي او د UTI لپاره لاره او اربېري.

## ۵- ویزیکویوري ترال ریفلوکس

ویزیکویوري ترال ریفلوکس زیاتره په ماشومانو کې وي چې کیداې شي بولې لارې يې نارمل يا ابنارمل وي. (۲۲)

## ۶- د بکتریا و ویرولاس فکتورونه

د ۹۰% خخه زیاتو پیښو کې د UTI لامل ای کولاهي دی. ای کولاهي د ۱۵۰ خخه زیات ډولونه لري چې یوازې پنځه ډوله يې (075, 018,06,04,01) د UTI لامل کېږي. همدارنګه د ای کولاهي H او K سب ګروپونه هم د ناروغۍ لامل کېږي. هغه ای کولاهي چې پي فیمبریا لري د نارمل بولې لارو د پیالونفرایتس لامل کېږي او هغه يې چې پي

فيمبريا نه لري په ويزيكو يوريتزال ريفلوكس ناروغانو کې د UTI لامل کيربي.  
(۳۱، ۲۲)

#### ۷- جنتيک فكتورونه:

د هغه کسانو په سرو ژونکو او يورو اپيتيليل کې چې P مثبت رسپتورونه شته وي د پي فيمبريا لرونکو اى کولاني پواسطه د غير اختلاطي پيالونفرايتس لامل کيربي او هغو کې چې دا اخذی منفي وي د پيالونفرايتس لامل نه کيربي.  
همدارنګه Nonsecretory blood group antigen کسانو کې د UTI د مينځته راتلو خطره ديرزيات دی. (۲۲)

#### دمثاني حاد التهاب (Cystitis):

دمثاني حاد التهاب ديرى داي کولاني او کله د گرام مثبت بكترياو يا اينتيروكوك له كبله وي. انتان په عمومي ډول داخليل دلاري مثاني ته پورته کيربي همدارنګه ادينو وايرس هم په ماشومانو کې د وايرل سيسټايتتس لامل کيربي خو په خوانانو کې نادر دی. (۳۷)

#### كلينيكي بنه:

ناروغ د مثاني د شديدو تحرishi گيلو (فريكونسي، ارجنسى، دس يوريا) او د سپرآپوبيك ناحيى د نارامي، خخه گيله من وي.  
په بنئو کې هيماچوريا هم وي گيلي بې د کوروالى، خخه وروسته پيداکيربي چې په فريكي کتنه کې يې سپرآپوبيك ناحيى حساسه خو سيسټميکه توکسي ستی نه وي. (۳۷)

#### لامراتواري کتنې:

د تشو متيازو په ازمونه کې پايو يوريا، بكتري يوريا او هيماچوريا وي او په کرنه کې اړوندہ ميكروب زرغونې. (۳۷)

#### راديولوزيکي ازمونې:

راديولوزيکي ازمونې هغه وخت تر سره کيربي چې د پيالونفرايتس، متكرر انتان او د اناتوميكو ابنار ملتنيوشک شته وي. (۳۷)

### تفریقی تشخیص:

سیستایتس په بسحو کې د Valvuvagenitis اود حوصلی التهابی ناروغی (PID) سره تفریقی تشخیص کېږي چې د تشو متیازو اود حوصلی کتنو پواسطه یو دبل خخه توپیرېږي. په نارینوو کې د یوري تریتس او پروستاتیتس سره توپیرېږي او د احلیل په التهاب کې احلیلی افرازات وي او په جس سره حساس وي. (۳۷)

په نارینوو کې د مثاني التهاب نادر دی اوکه وي نوداتانی کانی، پروستات التهاب او د خنډنی بولی لارو بندبست لپاره باید پلتئنې وشي. د مثاني دالتهاب غیراتانی لاملونه عبارت دی له د حوصلی ته وړانګۍ ورکول، کیمومترایپی (سایکلو فاسفامید) او د مثاني د کارسینوما خخه. (۳۷)

### په بسحو کې د UTI مخنيوی:

- ۱- دورځې دوه ليتره مایعات وختني.
- ۲- وخت په وخت مثانه تشه کړي.
- ۳- که ویزیکو یوریترال ریفلوکس شته وي نوباید دوه ئ حلې تشی متیازې وکړي.
- ۴- که یو ئ حلې تشی متیازې وکړي نو ۱۵-۲۰ دقیقې وروسته دې بیا کوبښن وکړي چې تشی متیازې وکړي.
- ۵- د کوروالي خخه مخکې او وروسته تشی متیازې وکړي. (۳۸)

درملنه :

که بسحی په غیر اختلاطي سیستایتس اخته وي د یو دوز او یا ۱-۳ ورخو لپاره اتی بیوتیک تراپی سره بنه کېږي. د ترای میتوپریم سلفامیتوکسازول په وړاندې تینګښت پیداکېږي فلوروکینولون او نایتروفوراتین په غیر اختلاطي سیستایتس کې تاکلې درمل دي. خرنګه چې غیر اختلاطي سیستایتس په نارینوو کې نادر دی خو که چېږې شته وي نو د لامل د موندلو لپاره یې باید پلتئنې وشي. د ګیلو د کمولو لپاره بولی انالجزیک لکه Phenazopyridine ۲۰۰ ملی ګرامه د ورخې درې ئ حله ورکول کېږي.

## حاد پیالونفرایتس (Acute Pylonephritis)

بیرپنی پیالونفرایتس د پنترورگو د پاراشیم یوه حاد التهابی ناروغری ده چې غوره لاملونه یې گرام منفي انتانات (ای کولای، پروتیوس، کلیبزیلا، سودوموناس) او غیرمعمول لاملونه یې گرام مثبت انتانات (اتیروبکتر فیکالس، ستافیلوکوک) او ستافیلوکوک اوریوس دی.<sup>(۳۷)</sup>

انتان دیری د بنکتنو بولی لارو خخه (یوازی ستافیلوکوک اوریوس دوینې دلاري د پیالونفرایتس لامل کېږي) پورته کېږي.<sup>(۳۷)</sup>

کلینیکي بهه:

داناروغری غوره ګیلې عبارت دی له تبی، د فلانک د ناحیي درد، سره لرې او د مشانی د تشیدو تخريشي ګیلې (فریکونسی، ارجنسی، دیس یوریا) خخه زړه بدوالی، کانګې او نس ناسته هم شته وي. په فزیکي کتنه کې ناروغ تبه لري د زړه حرکات چټک او د کوستوفرینیک زاویه حساسه وي (Kindney Morphy's panch).<sup>(۳۷)</sup>

لابراتواری ازمونی:

دوینې په ازمونینه کې دوینې د سپینو ژونکو شمیر زیات وي او د تشو متیازو په ازمونینه کې پایو یوریا، بکتریا یوریا، هیماچوریا او د سپینو ژونکو کاستیونه وي. د تشو متیازو په کرنه کې سببی انتان زرغونیې او دوینې کرنه مثبته وي.<sup>(۳۷)</sup>

رادیولوژي:

د اختلاطی پیالونفرایتس د پنترورگو په التراسوند کې هایدرونفروسنس بسکاری.<sup>(۳۷)</sup>

توبیری تشخيص:

حاد پیالونفرایتس د لاندې ناروغریو سره توبیری تشخيص کېږي.

- ۱- اپنديسايتیس، کولی سیستایتس، پانکراتایتس، دای ورتیکولایتس، دسبرو د بنکتنې څوب نمونیا، حاد پروستاتایتس، حاد سیستایتس، حاد اپی دیدیمایتس<sup>(۳۷)</sup> په اپنديسايتیس او دای ورتیکولایتس کې هیماچوریا او پایو یوریا هم وي.

## اختلاطات:

۱- سیپسیس ، شاک ، ھندهنى پیالونفرایتس، دېبنتورگو ابسى او امفیزیماتوز پیالونفرایتس (په دیابتیک کسانو کې د گاز تولیدونکو اور گانیزمونو له کبله وي

درملنه:

شدید اتنانی يا اختلاطي حالت په روغتون کې بايد بستر شي تر خو چې د تشو متیازو او د وینې دکرنې پایله لاسته راشي. امپی سیلین یو گرام هر ۲ ساعته وروسته او جنتامايسین ۱ ملي گرام په هر کیلو گرام وزن د بدن هر اته ساعته وروسته ورکول ۷۵۰ کیږي. د بستر خخه دباندي ناروغانو ته دخولي دلاري کینولون (سپروفلوكرازین ۳۰۰-۲۰۰ ملي گرامه هر ۱۲ ساعته وروسته يا او فلوكرازین ۲۶۰ ملي گرامه هر دو لس ساعته وروسته د ۲۶ ورخو لپاره ورکول کیږي . تبه بنايې ۷۲ ساعته دوا و مومي. په ټینګاري پیښوکې بايد التراسوند ترسره شي او د درملنى د بشپړيدو خخه وروسته دتشو متیازو کرنې بیا وشي. (۳۷)

## انزا:

د بنه تشخيص او درملني سره د ناروغى انتار بنه دې. د اختلاطاتو لومړنې ناروغى او د عمر د زیاتوالی سره انتار خراب وي.

## : ھندهنى پیالونفرایتس(Chronic Pyelonephritis)

ھندهنى پیالونفرایتس د ریفلوکس یا اتروفیک پیالونفرایتس په نوم هم یادېږي چې په گله سره د ویزیکو یوریترال ریفلوکس او د کسبی اتنان خخه چې په ماشومتوب کې اخیستل شوی وي مینځ ته راخي. په نارمل حالت کې د مثاني او حاڅب تر منځ یو اړخیز وال شته چې د مثاني د تقلص په وخت کې تړل کیږي تر خو چې تشي متیازې د مثاني خخه حاڅب ته بېرته لارې نه شي. د ریفلوکس په حالت کې تشي متیازې د مثاني خخه حاڅب ته نتوزي چې د اتنان لپاره لاره او اړيوېي د ناروغى د دوا م په پایله کې په پېنتورگو کې سکار او فیروتیک نسج مینځ ته راخي دېبنتورگو سطحه غیرمنظم چې په پایې کې د پېنتورگو د ھندهنى بې وسى لامل کیږي. (۳۶)

### د پروستات حاد بکتریایی التهاب (Acute Bacterial Prostatitis)

حاد باکتریایی پروستاتیتس په عمومي ډول د گرام منفي اتناناتو (ای کولائی، سودوموناس) او نادرًا د گرام مثبت اتناناتو (ایتیروکوک) پواسطه مینځته راخي چې اتنان د احلیل دلاري پورته کېږي. د وینې او لمف د لاري د پروستات اخته کیدل نادر دی. (۳۶)

#### کلینیکي بنه:

د ناروغری ګیلې عبارت دی له: د عجان، سکرل او سپراپوبیک درد، تبی او د مثانې د دتشیدو تخریشی ګیلو خخه.

په حاد پراو کې د پروستات د پرسوب له امله تشې متیازې بندېږي چې په حاد پروستاتیتس کې د ریكتوم د لاري د ګوتې پواسطه د پروستات د جس او د مساز اجازه نشه ئکه چې د سپتیسیمیا لامل کېږي. (۳۶)

#### لابراتواری کتنې:

دوینې په بشپړ شمیرولو کې دوینې د سپینو ژونکو شمیر زیات وي. د تشو متیازو په ازمونه کې پایویوریا، هیماچوریا او بکتریا یوریا وي د تشو متیازو د کرنې پواسطه لامل پیژنډل کېږي (۳۶)

#### توبپري تشخيص:

حاد پروستاتیتس د حاد پیالونفرایتس، حاد اپیدیدیماتیتس او دای ورتیکولایتس سره توپیر کېږي. د پروستات په سلیمو او خبیشو ناروغریو کې تشې متیازې بندې وي. (۳۶)

#### درملنه:

ناروغرایتس د حاد پیالونفرایتس، حاد اپیدیدیماتیتس او دای ورتیکولایتس سره توپیر کېږي. د پروستات په سلیمو او خبیشو ناروغریو کې تشې متیازې بندې وي. (۳۶)

درګ دلاري امپي سیلین او جنتامايسین پیلېږي. چې دوز یې د حاد پیالونفرایتس په شان دی کله چې د ۴۸-۲۴ ساعتو په موده کې تبه لاري شوه نو دخولې د لاري کینولون (سپروفلوكزاسین ۷۵۰ ملی گرامه هر دولس ساعته وروسته او فلوكزاسین ۳۰۰-۲۰۰ ملی گرامه هر دولس ساعته وروسته) تر ۲-۴ او نیو پوري ورکول کېږي. که تشې

متیازې بندې وې نو کتیتر او نور سامانونه بايد ونه کارول شی او د سپر اپویک تیوب دلاري يې تشې متیازی بايد تشې شي. د درملنې د بشپړیدو خخه وروسته بايد تشې متیازې د درملنې د پایلې د معلومولو لپاره بیا وکړل شي. (۳۶)

### انزار

دبنه درملنې سره انزار بهه وي ځنډنې پروستاتیس مینځته راتګ نادر دی. (۳۶)

**د پروستات ځنډنې بکتریا یې التهاب (Chronic Bacterial Prostatitis):**

که خه هم ځنډنې بکتریا یې پروستاتیس د حاد بکتریا یې پروستاتیس له کبله مینځته راخېي خو په ځینور نځورانو کې د حاد اتنان تاریخچه معلومه نه وي. ګرام منفي اتنانات د ناروځی غوره لاملونه دي خو یوازې یو ګرام مثبت اتنان (اینتیروکوک) د ځنډنې پروستاتیس لامل کېږي. اتنان د احلیل او د تشو متیازو د ریفلوکس له کبله د پروستاتیک قنات د لارې پروستات ته داخلیې. دوینې او د لمف د لارې يې اخته کیدل نادر دی. (۳۷)

**کلینیکي بنه:**

ځینو ناروغانو کې ګیلې نه وي خو په ډیری ناروغانو کې د تشو متیازو د تشیدو تخريشي ګیلې وي. د ملا او د عجان درد شته وي. ډیرو ناروغانو کې د بولی لارو د اتنان تاریخچه شتون لري خو په فزيکي کتنه کې کومه ځانګړې نښه نه وي پروستات په جس سره نارمل او یا پرسیدلی احساسیې. (۳۷)

**لامبراتواري نښې:**

که په دویمي توګه د مثاني التهاب ورسره نه وي نو د تشو متیازو ازمونې نارمل وي تشخيص يې د پروستاتي افرازو تو یا د هغه تشو متیازو د کرنې پرمت کېږي چې د پروستات د مساثر خخه وروسته راخېي. (۳۷)

**رادیولوژي:**

رادیولوژيکو تستونو ته ارتیا نشته خو بیا هم د حوصلې رادیو ګرافی او د ریکتوم دلاري التراسوند په تشخيص کې مرسته کوي. (۳۷)

**توبیری تشخیص:**

حندونی پروستاتیتس باید د احلیل د حندونی التهاب، د مثانې التهاب او دریکتوم د ناروځیو سره توبیری تشخیص شي. (۳۷)

**درملنه:**

د ترای میتوپریم سلفامیتوکسازول سره درملنه بریالی ده. سپروفلوکزاسین ۳۶۰-۵۰۰ ملی ګرامه هر دو لس ساعته وروسته د ۱-۳ میاشتو لپاره ورکول کیبری ځینی نور اتنی بیوتیکونه لکه کاربني سیلین، اریترومایسین، سفالیکزین هم اغیزه کوي او د ګیلو دغلي کولولپاره اندومیتاسين یا بروفین ورکول کیبری. (۳۷)

**انزار:**

د حندونی بکتریایی پروستاتیس درملنه ستونتمنه ده ګیلو او متکرر بولی انتانات د اتنی بیوتیک پواسطه درملنه کیبری. (۳۷)

**د پروستات غیر بکتریایی التهاب (Non Bacterial Prostatitis)**

غیر بکتریایی پروستاتیس د پروستاتیس د سندروم یو معمول ډول دی چې لامل یې خرگند نه دی. (۳۷)

**کلینیکي بهه:**

کلینیکي بهه یې د حندونی پروستاتیس په شان ده او د بولی لارو دانتاناتو تاریخچه موجودنه وي. (۳۷)

**لامراتواری کتنې:**

د پروستات په افرازو توکي د وينې د سپینوژونکو شمیر زیات او کرنې یې منفي وي.

**توبیری تشخیص:**

د حندونی بکتریایی پروستاتیتس خخه د کرنې پواسطه توبیر کیبری او د مثانې په کنسر کې سایتولوژیکې ازمونې مثبت وي. (۳۷)

**درملنه:**

خرنګه چې ددي ناروځی لامل معلوم نه دی خو بیا هم یوروپلازم، مايكوپلازم یا

کلامیدیا انتانات درملنه کېږي.

اریترومایسین دخولی دلاری ۳۲۰ ملي ګرامه د ورځې خلور ځله د ۱۴ ورځو لپاره ورکول کېږي او که څواب یې بنه وي انتر ۲-۳ او نیوپورې ورکول کېږي. دالتهاب ضد درمل سره ګیلې بنه والي مومني. غذايی بندیز ته اړتیا نشته خو الکول او کافین ګیلې زیاتوي. (۳۷)

### حاد اپیدیدیماتیس (Acute Epididymitis)

د بیېرنې اپیدیدیماتیس غوره لامل انتانات دی چې د عمر له نظره په دوو ګروپونو ویشل شوی دي.

۱- د جنسی اړیکو نژدې والي له کبله انتقال یې د ۴۰ کلنۍ خخه بستکته عمر نارینوو کې پیداکېږي او داحليل دالتهاب سره یو ئای وي لاملونه یې عبارت دی له کلامیدیا تراخوماتیس او نایسیریا ګنوریا خخه. (۳۷)

۲- دغیر جنسی اړیکو دلاري انتقال : دا ډول یې په زرو نارینوو کې پیداکېږي چې دبولي لارو انتاناتو او د پروستاتیتس سره یو ئای وي او د ګرام منفي انتاناتو له کبله وي.

انتان د احليل دلاري واژودیفرنس او بیا اپیدیدیمس ته دتنه کېږي. اميدارون هم کله کله د اپیدیدیماتیس لامل کېږي. (۳۷)

کلینیکي بنه:

ګیلې په عمومي ډول د دروند شي د جګکولو، ترومما او د جنسی فعالیت خخه وروسته پیداکېږي. نوري ګیلې یې عبارت دی له د احليل التهاب (درد د قضيب په سر کې وي او احليلي افرازات ورسره وي) یا د مثانی التهاب (د مثانی د تشیدو تخریشي ګیلې ورسره وي) خخه. (۳۷)

د اپیدیدیماتیس درد په خصیو کې وي چې سپرماتیک کاردیا فلانک ته خپرېږي تبه او د خصیو پرسوب ورسره وي. په مقعدی کتنه کې پروستات دردناکه وي.

### لابراتواری ازمونې:

دوینې په بشپړشمیرلو کې دوینې سپینوژونکو شمیر زیات وي. هغه اپیدیدیمایتس چې د جنسی فعالیت خخه وروسته مینځته راغلې وي.

په ګرام ستین ازموننه کې ګرام منفي اتنان (نايسیریا ګنوریا) د احلیل په افرازاتو کې مثبت وي. که چیرې د احلیل په افرازاتو کې سپینې ژونکې شته وي او ارگانیزم ونه لیدل شي دن ګونوکوکل یوریتريتس او کلامیدیا ترخوماتیس بشودنه کوي. (۳۷)

هغه اپیدیدیمایتس چې په غیر د جنسی فعالیت خخه پیدا شوي وي د تشو متیازو په ازمونو کې پایویوریا، بکتری یوریا او هیماچوریا مثبت وي د تشو متیازو کرنې پواسطه يې لامل پیژندل کېږي. (۳۷)

### رادیولوژی

دلوي هایدروسیل د شتون له امله داپیدیمایتس تشخیص ګران دی او د خصیي التراسوند بايد ترسره شي. (۳۷)

### ټوپیري تشخیص

د خصیو په تومور کې خصیه بې درده وي د تشو متیازو ازمونې منفي وي او اپیدیدیمس نورمال وي او د خصیي د التراسوند سره پتالوژیک افت پیژندل کېږي. د خصیي تورشن په نارینوو کې مخکې د ټوانی خخه وي. کله کله په ټوانانو کې هم لیدل کېږي خود تشو متیازو ازمونې او ګیلې منفي وي. (۳۷)

Prehns sign (کله چې خصیه دسمیپایزس فوبس خخه پورته شي د اپیدیدیمایتس درد ارامیېږي) بشایي د اپیدیدیمایتس په تشخیص کې مرسته وکړي خو باوري نښه نه دد. (۳۷.۵)

### درملنه:

په حاد حالت کې خصیه بايد پورته شي او د ارام سپارښته کېږي سبې درملنه کېږي. که د جنسی فعالیت له کبله پیداشوی وي نو د ۱۰-۲۲ ورڅو لپاره اتې بیوتیک تراپې کېږي او د جنسی انډیوال درملنه يې هم کېږي. (۳۷)

که اپیدیدیمایتس د جنسی فعالیت خخه پیداشوی نه وي د مناسب اتې بیوتیک سره

د ۳۸-۲۲ ورخو لپاره درملنه کېږي او د بولی لارو د اسناناتو لپاره یې هم ډايد پلتنه

وشي. (۳۷)

انزار:

د بنې درملني سره انزار بنه وي. د درملني د ځنډولو اویانه بشپړه ولو سره اپیدیمو اورشیتس، فیرتیلیتی کمولی او ابسی پیدا کېږي. (۳۷)

## د ګلومیرول غوره ناروځی

### (The Major Glumerolopathies)

#### Acute Nephritic Syndrom

حاد نفریتیک سندروم د ګلومیرول د بیړنی التهاب خخه عبارت ده چې د خو ورڅو او اونیو په موده کې دېپنتورگو د حادی بې وسی لامل کېږي. دېپنتورگو دوینې بهير او جي، ايف، ار په لاندې فکتورونو پوري اړه لري. (۲۲)

- ۱- د ګلومیرول د کپیلریو بندیز: د ګلومیرول په کپیلریو کې د التهابی ژونکو د انفلتریشن او د ګلومیرول د ژونکو د پرولیفربیشن له کبله وي.
- ۲- دوازو کنسټریکتورنو ( لیوکوترين، ترمبوسیت فعالوونکی فکتورونه ترومبوکسان، اندوتیلین) او د وازو دای لاتورونو (نایتریک اسید، پروستاسکلین) ترمیئنځ د انډول خرابوالي. (۲۲)

د نفریتیک سندروم ځانګړې پتالوژیکه خرګندونه له پرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس خخه عبارت دی. د ګلومیرول ژونکو د تروفیل او مونوسیت ژونکو د انفلتریشن له کبله (پرولیفربیشن) کوي. که نفریتیک سندروم شدید او د ګلومیرول د حاد التهاب سره یوځای وي نود حاد دیفیوز ګلومیرولونفرایتس پنوم یادېږي. (۲۲)

که التهاب په منځنۍ کچه وي او ګلومیرول د ۵۰% خخه لې اخته شوی وي نود فوکل پرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس په نوم یادېږي او که التهاب خفیف او یوازې په میزانجیوم کې وي نود میزانجیو پرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس پنوم یادېږي. (۲۲)

#### لاملونه او توپېږي تشخيص

حاد نفریتیک سندروم امینولوژیکه ناروځی ده حاد نفریتیک سندروم او دیفیوزپرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس د لوړ دوز اتی جن په وړاندې یو حاد امیونولوژیک غبرګون ده او Rapid Progressive Glumerulo nephritis(RPGN) کریستنیک ګلومیرولونفرایتس، دلې کچې اتی جن په وړاندې تحت الحاد غبرګون ده. (۲۲)

دامیونو فلوروسنس میکروسکوب له مخي د نفریتیک سندروم لاملونه عبارت دي له:

- ۱- ایمیون کامپلیکس گلومیرولونفرایتس : په دې حالت کې امیونو گلوبولین په زیاته کچه په گلومیرول کې ځای په ځای کېږي چې ۷۰% د نفریتیک سندروم لامل کېږي.
- ۲- اتی گلومیرولو بیس مینت ممبران ناروغی : په دې حالت کې گلومیرول په قاعده کې په کمه اندازه امیونو گلوبولین ځای په ځای کېږي او ۱% خخه کم د نفریتیک سندروم لامل کېږي. (۱۲، ۲۲)
- ۳- فوسی ایمیون گلومیرولونفرایتس : امیونو گلوبولین هیڅ نه وي ۳۰% خخه کم د ناروغی لامل کېږي. (۱۲، ۲۲)

کلینیکی بنه:

پرسوب لوړۍ په هغه انساجو کې چې فشار یې نسکته وي (دستر ګوشاخوا)، او د ملا په اخريني برخه کې لیدل کېږي. هاپرتنشن دهایپروالیوما له کبله وي. (۳۷، ۱۲) لابراتواري خرگندونی:

- ۱- سیروم کیمستری : د نفریتیک سندروم د تشخیص لپاره ځانګړی کیمیاوی ازمونی نشته خو د لوړنیو ناروغیو لابراتواری ازمونی بنايی شته وي. که حد نفریتیک سندروم او RPGN د امیون کمپلکس گلومیرولو نفرایتس له کبله وي نو سیروم C3 اندازه به کمه وي او اتی گلومیرول بیسمنت ممبران اتی باډي او اتی نیوکلیر سایتوپلازمیک به منفي وي. که نفریتیک سندروم او RPGN د اتی گلومیرولو بیسمنت ممبران اتی باډي ناروغیو له کبله وي نو دسیروم اتی گلومیرول بیسمنت ممبران اتی باډي به مثبت، C3 به نارمل او اتی نیوکلیر سایتوپلازمیک اتی باډي به منفي وي. (۳۷، ۱۲)

که دفاوسي ایمیون گلومیرولو نفرایتس له کبله نفریتیک سندروم او RPGN مینځته راغلي وي نو دسیروم اتی نوکلیر سایتوپلازمیک اتی باډي به مثبت وي او اتی گلومیرولو بیسمنت ممبران اتی باډي به منفي وي. (۳۷، ۱۲)

- په پوست ستريپتوکوكل گلومیرولونفرایتس کې به د ASO تاټه لور وي.
- ۲- دتشو متیازو ازمونی د نفریتیک سندروم د ناروغانو په تشو متیازو کې بې شکله سري ژونکې، دوینې د سري حجری کاست، سپینې ژونکې، سب نفروتیک پروتین

بوريا (په ۲۴ ساعتوکي د تشو متيازو د پروتین کچه د لېه وي) (يوريناري سيديمنت) او هيمماچوريا وي. (۳۷)

### ۳- بايوپسي:

که دبايوپسي لپاره کوم مضاد استطباب (لکه وينه بهيدل، ترمومبوسايتوبينيا، ناكنترول شوي هايپرتينشن) نه وي نود تشخيص کونجي ده. (۳۷) درملنه:

د نفریتیک سندروم او RPGN ناروغانو د درملنې بنسټ عبارت دی له د هايپرتينشن او هايپراليوما د درملنې خخه د اوبو او د مالګي بنديز او د ګلوميرول التهابي ناروغيو د درملنې لپاره کورتيکوسټروئيد او سايتوتوكسيک ورکول کېږي. (۳۷) پوست ستريپتوکوکل ګلوميرولونفرايتس:

د حداد نفریتیک سندروم يو معمول لامل دی چې ډيرى پېښې یې سپوراديک وي خو په اپیديمک ډول هم پیداکېږي. ګلوميرولونفرايتس لس ورڅې وروسته د فرنجيتيس خخه يا دوه اوئني وروسته د پوستکي د اتناټاتو (امپيتيگو) خخه (کوم چې د نفروجنېک ډول ګروپ A بيتا هيمولايتك ستريپتوکوكس له کبله منځته راغلې وي) پیداکېږي. د ګروپ A بيتا هيمولايتك ستريپتوکوك معمول نفرايتك ډولونه عبارت دي له (۱۲، ۲۲، ۳۲، ۵۷، ۵۵، ۴۹)

پوست ستريپتوکوکل ګلوميرولونفرايتس په ۲-۲ کلنۍ ماشومانو کې په ژمي کې د فرنجيتيس خخه وروسته او په اوړي کې د امپيتيگو خخه وروسته پیداکېږي. (۲۲) کلينيکي بهه:

خانګړې کلينيکي بهه یې نفریتیک سندروم ده چې د پېنتورگو د اوليګو يورېک حاد بي وسى سره يو ځای وي. همدارنګه په ناروغ کې ګراس هيمماچوريا (سور يا دود وهلى تشي متياز) سردردي بې اشتاهائي، زړه بدوالۍ، کانګې او ستوماتيا شته وي. د تشو متيازو په ازمونو کې د بې شکله سري ژونکې، د سرو ژونکو کاستونه، سپېښې ژونکې، نفریتیک يوريناري سيديمنت، کله کله دسپينو ژونکو کاستونه او سب نفروتك پروتین يورېا وي او ريوماتيك فيور نادرأً ورسره مل وي. (۱۲، ۲۲)

په سیرالوژیکو ازمونو کې ۹۰% پینسو کې د C3 کچه دوو اوئیو په موده کې کې بنکته او د C9 کچه نورمال وي. د کمپلیمینت کچه د ۸-۲ اوئیو په موده کې بیرته نارملیبی. که چیری دوامداره بنکته وي نو د ممبرانو پرولیفراٹیف گلومیرولونفرایتس بنسودونکی دی. (۱۲، ۲۲)

۹۰ سلنہ خخه دیرو پینسو کې Anti deoxy (ASO) Anti streptolysin o تایتر Anti Askase (Anti streptokinase ، (Anti DNase) ribonuclease B Anti hyaluronidas (anti NADase) nicotynil adenine dinucleotidase (AHase) کچه لور وی.

حاد پوست سترپتوکوکل گلومیرولونفرایتس د دکلینیکی او سیرالوژیکو ازمونو له مخې تشخیصیبی. بايوسی ته دیر اړتیا نه پیداکیږي په تیره هغه ماشومانو کې چې پخوانی، تاریخچه ولري. پتالوژیکی ازمونو کې دیفيوز پرولیفروتیف گلومیرولونفرایتس وي. (۲۲)

نفریتیک سندروم او RPGN د سترپتوکوک خخه پرته په واپرسی، بکتریا، فنگسی او پرازیتی اتنانانو کې هم پیداکیږي چې دپیری انفسکشن گلومیرولونفرایتس پنوم یادیږي. (۲۲)

درملنه:

د پوست سترپتوکوک درملنه عبارت ده له د ساتونکې درملنې، د میکروب ضد درملنې دهاپرتنشن د درملنې، د مالګې او د اوبد بندیز او د دای یوریتکونو خخه کورتیکوستروئید کومه اغیزه نه لري. (۲۲)

## انزار

دماشومانو اتزار بنه وي. ۵% سلنہ خخه کمې پینسې بې RPGN خواته او ۵ سلنہ بې په غتیانو کې د پنستورگو ځنډنې بې، وسی خواته حې. (۱۵)

Anti glomerular basement membrane glomerulonephritis and good pasture's syndrome

اتې گلومیرول بیسمینت ممبران ناروغری یوه اتوامیون ناروغری ده چې د اتي

ګلومیرولر بیسمینت ممبران اتی بادی په منځ ګریتوب د ګلومیرولونفریتس او د سبرو د هیموراژ لامل کېږي. پدي ناروغی کې (RPGN) مینځ ته رائحي خو حاد نفریتیک سندروم نادر دی. یو پر درې اتی ګلومیرولر بیسمینت ممبران ګلومیرولونفرایتس ناروغانو کې د سبرو اخته کیدنه نه وي. (۲۶، ۳۲)

که چېري اتی ګلومیرولر بیسمینت ممبران ګلومیرولو نفرایتس او د سبرو هیموراژ سره یو ئای وي نو د Good Pastures سندروم پنوم یادکېږي. د ناروغی پیښې په نارینوو کې د بنخو په پرتله ۲ خله زیاتې دی. زیاتره د ھوانی په عمر کې (۲۰-۳۰ کلنی) پیداکېږي.

**کلینیکي خیره:**

۲۰-۲۰ سلنډ پیښو کې د پورتنۍ تنفسی لزو د اتنا ناتو سره یوئای وي چې نښې یې عبارت دي له بلغمو، ساه لنډۍ، تنفسی بې وسى، هایپرتنشن، پپسوب او نفریتیک سندروم خخه. (۲۲، ۳۲)

**لابراتواري نښې:**

د اوسيپني د کموالي انيميا شته وي، د کامپلمينت کچه نارمل وي. د بلغمو په ازمونه کې هيموسيدرين لرونکي مکروفازونه وي دسينبي په راديو ګرافې کې د سبرو د هیموراژ له امله انفلتریشن لیدل کېږي. په ۹۰ سلنډ پیښو کې اتی ګلومیرولر بیسمینت ممبران اتی بادی مثبت وي. (۲۲، ۳۲)

درملنه

غوره شوي درملنه یې په ګډه پلازما بدلول (تر خو چې دوراني اتی بادی ورکه شي) او معافیت ھپونکي درمل دي (د نوي اتی بادی د جو پيدو د مخنيوي او د التهابي غبرګون د کنترول لپاره ورکول کېږي). (۲۲، ۳۲)

ميتابيل پريدينيزولون د ورځې ۱-۲ ګرامه د درې ورڅو لپاره اوبيا پريدينيزولون د ورځې يو ملي ګرام په هر کيلو ګرام وزن د بدنه ورکول کېږي.

سايکلو فاسفاميد د رګ د لاري 0.5-1.0gm/m<sup>2</sup> يا دخولي دلاري دورځې ۳-۲ ملي ګرامه په هر کيلو ګرام وزن د بدنه ورکول کېږي. پلازما فوري سيس هره ورڅه تر دوو

اونيو پوري ترسره کيربي. (۲۲، ۳۲)

انزار هغه وخت خراب وي چې ناروغ اولیکوپوریا ولري او د سیروم کریاتینین اندازه ۷-۶ ملی گرامه پر دیسي لیتر خخه لوړ وي. کله چې اتي ګلومیرولر بیسمینت ممبران اتي بادي د سیروم خخه ورکه شي نود بنه والي بشودونه کوي. (۲۲، ۳۲)

### Rapidly progressive Glomerulo nephritis (RPGN)

د GN تحت الحاد شکل دی چې د خواونيو او میاشتو په موده کې د پنپتورگو عدم کفایي لامل کيربي کلینيکي لوحه او لابراتواري معاینات یې د RPGN په شان دی. پتالوزیک نښه یې د Crescent جو پیدل دی د همدی له امله RPGN هم وايي.

Crescent هلالی افتته وايي چې د Bowman اپتیلیل حجراتو او مونوسیت حجراتو ارتشاح له کبله پیدا کيربي. (۳)

## نفروتیک سندروم (Nephrotic Syndrom)

پیژندنه:

د نفروتیک سندروم صفتونه عبارت دی له پروتین یوریا (په ۲۴ ساعتو کې د تشو متیازو د پروتین دوتني کچه د ۳-۵ گرامو خخه ڏير وي، هایپوالبومینیمیا، پرسوب، هایپر لیپیدیمیا، لیپیدیوریا او هایپرکواگوبلیتی خخه. په ټولو هغه ناروغیو کې چې منفي الکتروستاتیک چارچ بد لبی گلومیرول قاعده دی غشا او پوهه وسیست خرابیری او نفروتیک سندروم مینځته رائی. د نفروتیک سندروم لاملو نه عبارت دی له:

- مینیمیل چاینج ناروغی
- فوکل او سیگمیتیل گلومیرولو سکیلروزسنس
- ممبرانوس نیفروپاتی
- ممبرانو پرولیفراتیف گلومیرونفرایتس
- دیابتیک نفروپاتی
- امايلوئیدوزسنس (۳۷، ۳۶، ۲۲)

### پتوفزیالوژی

۱- هایپوالبومینیمیا: د پروتین یوریا له کبله د سیروم د البومن کموالی او د پنترورگو پواسطه د البومن د کتابولیزم زیاتوالی.

۲- پروتین یوریا: د پورتین یوریا میکانیزم خرگند نه دی خو بیا هم داسې انډ کیبری چې د گلومیرول قاعده دی غشا د ناروغیدو له کبله د سوریو سایز او شمیر زیاتوالی مومنی چې لوی مالیکولی وزن لرونکی پروتینونه ترینه وحی. همدرانګه په نارمل حالت کې د گلومیرول د کپلریو دیوال منفي چارچ لري چې د پروتین یوریا خخه مخنیوی کوي. کوم وخت چې گلومیرول اغیزمن شي نو پروتین یوریا پیدا کیبری. (۲۶)

۳- هایپر لیپیدیمیا: د پروتین د ضایع کیدو له امله د سیروم ان کوتیک فشار کمیری چې ددې په واسطه په ھیگر کې د لیپوپروتین جو پیدل زیاتیری. لوڈینستی لیپوپروتین

اوکولسترول په تېلو نفروتیک ناروغانو کې چېر جورېږي خو VLDP او تراي ګلسراید

يوازې د شدید نفروتیک سندروم په ناروغانو کې چېر جورېږي هاپرلیپیدیمیا د اتیروسکلروزس لامل کېږي چې داد پنستورگو ناروغی نوري هم تشدیدوي.

۴- هاپرکوواګوبیلیتی: د هاپرکوواګوبیلیتی لاملونه عبارت دي له په تشو متیازو کې د اتسي ترومبین ۳ اطراح زیاتوالی، دپروتین S یا C دکچې کموالی یا د فعالیت خرابولی، هاپرفایبرینوجینیمیا دھیگر پواسطه د فبرینوجن زیات جوریدل، فبرینولایزس خرابیدل، Platelets aggregability زیاتوالی دی. (۳۶)

د هاپرکوواګوبیلیتی اختلالات عبارت دي دمحیطي شريانو یا وریدنو ترومبوزس د پنستورگو وریدي ترومبوزس او د سپرو امبولیزم خخه.

دپنستورگو د وریدونو د ترومبوزس کلینیکي بنه عبارت دي د فلانګ یا د ګیدې ناخاپي درد، ګراس هیماچوریا، دچپ خوا واریکوسیل (دخصیي وریدي وينه دپنستورگو په وریدو کې تویېږي) د پروتین یوریا زیاتوالی او په حاد توګه د جي، ايف، ار د کموالی خخه. د نفروتیک سندروم نور میتابولیک اختلالات عبارت دي له:

#### ۱- پروتین مل تریشن

۲- تراناسفرین د وتنې د ډیروالی له کبله وي.

۳- هاپوکلسیمیا (په تشو متیازو کې دکولی کلسو فیرول بندېنګ پروتین د وتنې د زیاتوالی له کبله ویتامین D لېوالی مینځته راخي چې دا د هاپرپاراتائیرودیزم لامل کېږي.

۴- د تایروکسین بندېنګ پروتین ضایع کيدو له امله هاپوتایروئیدیزم مینځته راخي.

۵- اتنات: د IgG کتابولیزم او په تشو متیازو کې د وتنې د زیاتوالی له کبله.

۶- دپنستورگو حاد بې وسی.

۷- د ودې ځنډیدل

۸- د سپرو پرسوب (۳۶)

## کلینیکی بنه:

محیطی پرسوب دناروغی لومړنی نښه ده او هغه مهال پیداکیرې چې د سیروم البومن د ۳ ګرام پرديسي ليتر خخه بسکته شي. همدرانګه د سوديم د احتجاس له کبله هم پیداکیرې. پرسوب لومړی دبدن په تکيې کوونکی خایونو او بسکتنې اطرافو کې وي او وروسته په ټول بدنه کې وي.

ساه لنډي د سپو د پرسوب، پلورل ايفيوژن او د اسايتېس له کبله وي. ناروغان اتنا ته ډير برابري (۳۶).

## لابراتواري ازموينې:

الف: دتشو متيازو ازموينه.

۱- پروتین یوریا وي.

۲- دهاپرليپيديميا له کبله په تشو متيازو کي Oval fat body وي.

ب: دوینې بيوشميکي ازموينې:

۱- سیروم البومن د ۳ ګرام سلنې خخه کم وي.

۲- دسیروم د مجموعي پروتین کچه د ۲ ګرام في ديسی ليتر خخه کم وي.

۳- ۵۰% پيښو کي هاپرليپيديميا وي.

۴- دپلازما د فبرينوجن کچې د لوروالی له امله ESR لورېږي.

نوري غیر معمولی ازموينې چې د نفروتیک سندروم په ناروغانو کي ترسه کيرېي عبارت دي له سیروم کمپلیمنت اندازه کول، د سیروم یورین پروتین الکتروفوريزس، اتي نيوکلير اتي باډي، د هيپاتيتېس سيرالوزيکي ازموينې، دويتامين ډي، زينګ او کاپر کموالي (۳۶).

## ج: بايوپسي:

د بايوپسي نموني د لايته، اميونوفلوريسننس او الکترون مايكروسكوب پواسطه کتل کيرېي. که په نفروتیک سندروم کې د کرياتينين کچه لوره وي او همدارنګه که د اميلوئيدو یا د دیابتس له کبله د نفروتیک سندروم په اندازه پروتین یوریا پیداشوې وي نو دا بيرته نه گرځیدونکي حالت دی او بايوپسي نه ترسه کيرېي (۳۶).

درملنه:

د نفروتیک سندروم د درملنې بنسټ عبارت دی له:

- ۱- د نفروتیک سندروم د لامل درملنه (لامل لاندې خیپل کیږي)
- ۲- د پروتین یوریا کنترول.
- ۳- د اخلاقاطاتو کنترول.

که پروتین یوریا د معافیت چپونکو درملو سره بنه نه شوه نو د پروتین یوریا غیروصفي درملنه پیل کیږي. لکه ACE نهی کوونکي او یا ارجنین رسپتور بلاکر د نفروتیک سندروم په ټولو ډولونو کې اتي پروتین یوریا اغیزه لري چې دا درمل د ګلومیرول د کپلریو د فلتريشن فشار کموي نو خکه د پروتین یوریا خخه مخنيوي کوي همدرانګه د دې درمل د کارولو په وخت کې بايد دویني فشار او د پنپتورگو دندې وکتل شي. نن ستروئید التهاب ضد درملونه هم پروتین یوریا کموي. (۳۲)

دا خلاقاطاتو درملنه:

۱- اذیما:

د پرسوب د کمولو لپاره په خورو کې مالګه بايد کمه شي او تیازید پیل شي. که ددې سره بنه والی پیدانه شو نو لاریکس د ورځي ۲۰-۲۰ ملی ګرامه یوازې اویا د امیلورید ( د ورځي ۵ ملی ګرامه) سره یوځای ورکول کیږي. د نفروتیک سندروم ناروغان د کولمو د پرسوب له امله دخولي دلاري داي یوري تیکو سره نه بنه کیږي نو زرقې بايد ورکړل شي. دزيات داي یوري تیک ورکولو له کبله هایپووالیوما اوپري رینل ازوټيميا پیداکړي. (۳۲)

۲- هایپرلیپیديمیا:

دلیپید زیاتوالی د مايوکارد انفارکشن او د محیطي رګونو د ناروغیو خطر زیاتوي چې ددې د مخنيوي لپاره ستاتین ورکول کیږي. (۳۲)

۳- اتي کوواګولات:

که د سیروم البومن د ۲ ګرام في دیسي لیتر خخه کم شي نو هایپرکوواګولاښ حالت مینځته رائحي چې د ۲-۳ میاشتو لپاره داتې کوواګولاتو په واسطه یې درملنه کیږي

او د متکرر ترومبوزس او د پېنتورگو د وریدونو ترومبوزس لپاره د اوپدی مودې لپاره کارول کیپری. هیپارین نه ورکول کیپری ئىكەنچىپى اتى ترومبوzin ۳ نه وي. (۳۷، ۲۲)

#### ٤- سیپ سیس:

په نفروتیک سندروم کې د مرینې لومرنې لامل اتنا دی. خرنگە چې امیونوگلوبولین په تشو متیازو کې ھیرى وزى نو دا ناروغان اتنا تە ھير برابر وي. نموکاكل اتنا ھير معمول دى نو ناروغان ددى د مخنيوي لپاره واكسين شى. (۳۶)

#### ٥- خواره:

زيات پروتئيني خواره (دورئى ۸۰-۹۰ گرامه) پروتئين يوريا زياتوي. بايد د نارمل اندازه پروتئينو سپاربىتنە وشى. (۳۲)

٦- كە دويتامين ڈي لبروالى شته وي درملنه يې ترسره کیپری. (۳۶)

#### Minimal Changed Disease(MCD)

مینیمیل چینج ناروغى. %۸۰ په ماشومانو کې د نفروتیک سندروم لامل کیپری پېنتورگىي په لایت مايكروسكوب او امینوفلورى سنس کې نارمل وي خو په الکترون مايكروسكوب کې د اپى تیليل ژونکو فوت پروسیس سره نبستي وي. (۳۶)

د مینیمیل چینج ناروغى. په امینولوژىك پتوجنيزس کې درى فكتورونه شامل دى.

١- د ستروئيد او معافىت ھپونکو درملو سره بنه والى. (۳۶)

٢- دهاجىكن لمفوما د درملنى سره مینیمیل چینج ناروغى. هم بنه کیپری.

٣- د ناروغ د كورنى. په غزو کې د استما او اكزيماما تارىخچە شته وي كله چې د ناروغ

خىخە حساس اتى جن لرى شى نو نفروتیک سندروم هم بنه کیپری. (۳۶)

#### كلىينيكي بنه:

مینیمیل چینج ناروغى ھيرى په ماشومانو (په تىرە نارينه) کې زيات دى كلىينيكي بنه يې نفروتیک سندروم دى. (۳۶-۲۰) سلنە په غتىانو کې د نفروتیک سندروم لامل کیپری. (۳۶)

#### درملنه:

پريدينيزولون دورئى يو ملي گرام په كيلو گرام وزن دبدن د ۴-۲ اونيو پوري بىا ۴۰

ملى گرام يو ورخ بعد د ۴-۶ اوئنیو پوري وركول کېرىي چې ددى سره ۹۵ سلنە پروتین بىرلەپتەن بىنە کېرىي. پە غەنانو كې بىنە والى لېوي خود ۱۲ اوئنیو لپارە هەرە ورخ او بىا يوه ورخ وروستە وركول کېرىي. يو پىدرىي ناروغانو كې د كورتىكۆسترىئەد د پىنسىدوولو سره باپىرى نە وى. (۳۷)

دسايكلوفاسفاميد د يو كورس د ورخى ۱،۵ ملى گرامە پە هەر وزن كيلو گرام د بدن د ۱۲-۸ اوئنیو لپارە د پىريدىنىزولون (۱۵-۷.۵ ملى گرامە دورخى) سره يوخاي وركول كېرىي. دوازه يې داوردىي مودى لپارە بىنە والى راولى. (۳۷)

دستروئيد پە ورلاندى پە تېينگارىي حالتۇ كې سايكلو فاسفاميد وركول کېرىي. سايكلوفاسفاميد د دوو كورسونو خخە چىر نە وركول کېرىي ئەكە چې د ايزوسپرميا لامل كېرىي. كە پە غەنانو او ماشومانو كى د ستروئيد سره بىنە والى تر ۴ كاللو پوري دوام وموند نو باپىرى يې كم دى. سايكلوسپورين دورخى ۳-۵ ملى گرامە پە هە كيلو گرام وزن د بدن پە پىرلە پسى توگە د باپىرىي د مخنيوي لپارە وركول کېرىي. (۳۷) دسايكلو سپورين د درملنى پە مەھال باید د پنستورگو اطرابىي دنده او د سايكلو سپورين دوينىي كچە وكتل شى ئەكە چې نفروتكىسيكە اغىزە لرى.

كورتىكۆستەرۋئيد پوري تېلۇ ناروغانو كې ليومىزول ۲-۵ ملى گرامە پە هە كيلو گرام وزن د بدن د لۇر دوز يې دورخى ۰۱۵ ملى گرامە يو ورخ وروستە ھەم وركول کېرىي اغىزە يې شرگىنە نە دە. (۳۷)

### Memranous Nephropathy

ممبرانوس نفروپاتىي پە غەنانو كې د نفروتىك سندروم غورە لامل دى. دايىو اميون كمپلکس ناروغى دە چې د گلۈمىرۈل د كېيلرىي پە دىيوال كى اميون كمپلکس ئائى پە ئائى كېرىي. (۳۶)

ممبرانوس نفروپاتىي كله كله د هيپاتيتيس بى او سى وايروسونە، ملاريا، فيلاريازىسى، اندوكاردايتس، سفلليس، اتواميون ناروغىي (لوپوس، منضم نسج ناروغى، تايروايدايتس، كارسينوما)، سره يوخاي وي ھەدارنگە ئىينې درمل لكە پنسىلامىن، گولد او كپتوپيريل NSAID ھەم د ممبرانوس نفروپاتىي لامل كېرىي. (۳۷)

## کلینیکی بنه:

کلینیکی بنه يې نفروتیک سندروم دی. دپنستورگو وریدي ترومبوزس په کې ڇير پیداکيږي. ۵ سلنډ ناروغان د ۱۰-۳ کالو په موده کې د پنستورگو د خنډنۍ بې وسى خواته درومي. دناروغى خرابې پایلې عبارت دي له تیوبولر اترستیشیل فبروزس، نارينه، سیروم کرياتينين لوروالى، هايپرتنسن او پروتين يوريا خخه (دورئي ۱۰ گرامو خخه ڇيره وي). (۳۷)

لابراتواري نسبې: په لایت ميكروسكوب کې د کپيلريو دیوال د التهاب او د ژونکو د پروليفرشن خخه پرته پېړ شوي وي. په اميونو فلوري سنس کې په کپيلريو کې IgG او C3 ليدل کيږي. په الکترون مايكروسكوب کې د قاعدوی پونس په سب اپي تيليل کې پري شوي ډنس وي. (۳۶)

## درملنه:

که پروتين يوريا د ۵، ۳ ملي گرامو خخه لړه وي نو د ناروغى د پرمختګ کچه لړه وي. دې ناروغ ته لړه مالګه ورکول کيږي فشار يې بايد کنترول شي او د پروتين يوريا لپاره ACE نهی کوونکي درمل ورکول کيږي. که پورتین يوريا د ورئي ۵-۳، ۸ ملي گرامه وي او د پنستورگو وظيفوي ازميونې نارمل وي نو انزار يې په منځني کچه ده دې ناروغانو ته معافيت څونکي درمل (کلورامبوسيل سايكلوفاسفاميد) دکورتيکوسترويد و سره يوځای د ۲ مياشتولپاره ورکول کيږي. (۳۶)

**Focal Segmental Glomerular Sclerosis (FSGS)**

دناروغى په ايدوپاتيک ھول او يا په دويими ڈول د هيروين استعمال خخه، ڇير چاغوالى او HIV اتان خخه مينځته راخي، کلینيکي بنه يې نفروتیک سندروم دی خو نفروتیک خيره هم سره چې ۸۰ فيصده ناروغانو کې ميكروسكوبك هيماچوريما وي او دوييني فشار يې هم لوروبي. (۳۶) ۵۰-۴۰ فيصده پينسو کې د پنستورگو دندی کمى شوي وي. ۲-۸ کالو په موده کې دپنستورگو خنډنۍ عدم کفايې خواته ئي. تشخيص يې د بايوپسي پواسطه کيږي.

درملنه يې تر خبرو لاندی دی خو خارونکي درملنه يې د نفروتیک سندروم درملنه ده.

پریدنیزولون دورخى ۱،۵-۱ ملی گرام په هر کيلو گرام وزن دبدن د ۳-۲ میاشتو لپاره  
ورکول کېرىي وروسته دوز يې ورو ورو كمېرىي خود ۹-۵ میاشتو په موده کې ناروغانو  
کې بنه والى راولىي دنورو سایتوتوكسيك درملو له كبله بنه والى د ۲۰ فيتصدو خخه  
كم وي. (۳۷)

## Asymtomatic abnormalities of the urinary sedemint

### هیماچوریا (Hematuria) :

هیماچوریا هغه حالت ته وايي چې په تشو متیازو کې د ويني دسری حجري شمير دمایکروسكوب په یوه ساحه کې د ۳ خخه ډیر وي. کله کله د ویتامین سی د اخیستلو خخه وروسته هم په دروغو هیماچوریا مثبت وي. (۲۶)

د هیماچوریا لاملونه د پنستورگو او دپنستورگو خخه دباندي ناروغیو پوري اړه لري. دپنستورگو پوري ترلي لاملونه یې ګلومیرولر او غیر ګلومیرولر دي. د هیماچوریا هغه لاملو نه چې ګلومیرول پوري تراونه لري عبارت دي له کیست، کاني، انترستیشل نفرایتس او دپنستورگو د نیوپلازم خخه.

د ګلومیرول پوري ترلي لاملونه یې عبارت دي له: Alport's ، (IgA Nephropathy) سندروم، Thin basement membrane disease، پوست انفکشیس ګلومیرونفرایتس خخه. نور لاملونه یې عبارت دي له: انتی کواکولات، سایکلوفاسفومیدو ، انلجزیکو او انتی بیوتیکو خخه. (۲۶)

### د هیماچوریا ارزیابی:

- لوړنی هیماچوریا: هیماچوریا د تشو متیازو د بهير په پیل کې وي لکه دا حلیل د مخکینی برخې ناروغی.
- اخري هیماچوریا: د تشو متیازو د بهير په اخر کې وي لکه دمثاني د غاري ناروغی او پروستاتیک یوریتراج سرچینه هم لري.
- ټوپل هیماچوریا د تشو متیازو په ټول بهير کې وي لکه دمثاني یا دپورتنيو بولی لارو ناروغیو کې وي. (۲۶)

که هیماچوریا د کولیکی دردونوسره یوځای وي نود حالب د تیګو بنودنه کوي او که دوینې علقو سره وي ډیری د تومور بنودونکې ده. که په ځوانو بنخو کې هیماچوریا د مثاني د تشیدو د تحریشي ګیلو سره یوځای وي نود حاد باکتریاېي اتان بنودنه کوي او که ورته کلینیکي بنه په زړو بنخو او نرانو کې وي نو ډیری د نیوپلازم خواته ګمان کېږي. یوازې ګراس هیماچوریا په تومورونو Staghorn calculus، پولي سیستیک

پنستورگو کې او گلومیرولونفروپاتي کې وي همدارنگه د رنھور خخه بايد د انتي کواګولانت، سایکلوكافاسفومید، انلجزیک او انتي بیوتیکونو په اړوند هم پونښته وشي. (۲۲)

په فزیکي ازمونه کې بايد د تبې، رش، لمف ادينوپاتي، د ګیدې او حوصلې د کتلې، د پنستورگو د ناروغيو لکه هاپرتنشن، د والیوم د لوډ زیاتوالى او یوروولوزیکو ناروغيو (لوډ شوی پروستات، فلانک کتلې، داھلیل ناروغى)، پلتنه وشي. لبراتواري ازمونې د تشو متیازو ازمونې او کرنه ده. پروتین یوريا او د کاستونو شتون د پنستورگو ناروغى بنسي. په بسخو کې تخریشي ګیلې، بکتریا یوريا او د تشو متیازو مشتبه کرنه د بولی لاري انتانات بنسي. (۲۲)

نوري پرمختللي ازمونې عبارت دي له د بولي لزو د سایتولوزي، د پورتنیو بولي لزو راديولوزي او سیستوسکوبېي خخه. (۲۲)

#### IgA Nephropathy (Berger's Disease)

IgA نفروپاتي د گلومیرولونفريتس ۱۰ - ۴۰% تشكيلوي داناروغى په شمالی اروبا او اسيا کې ډير دي. په تورپوستکو کې د سپين پوستکو په پرتله او په نارينو کې د بسخو په پرتله ډيرې دی دا ناروغى. ډيرې په ماشونا او څوانانو کې وي. ګراس هيماقوريا يې د ناروغى کلينيکي بنه ده. (۲۲)

IgA نفروپاتي ۵% د پورتنیو تنفسی لاري داتنانتو، ۱۰% د معدې معايي ګيلو او ۱۵% فلولايک ګيلو سره مل وي. همدارنگه IgA نفروپاتي نادرآ د ځيګر ځنډنيو ناروغيو، کرون ناروغى، معدې معايي کارسينوما، ځنډني بندizi برانشوليت سره یوځای وي. (۲۲)

د کلينيک له انه د IgA نفروپاتي او د Henoch schoenlin pururia تر منځ توپيرول بي ګران کاردي. (۲۲)

#### لبراتواري ازمونې:

په ۵% رنھورانو کې د سيروم د IgA کچه لوړه او د سيروم کامپليميست نارمل وي. بايوپسي د تشخيص ګيلې ده. کله کله د یوه اخته کس د پوستکي په بايوپسي کې

دپوستکی په کپیلریو کي IgA ئای په ئای شوي وي. (۲۲) دnarوغى خراب انتار عبارت دي نفروتیك سندروم په کچه پروتین يوريا، زاره کسان، نارينه، هايپرتشن، پرله پسى ميكروسكوبیك هيماچوريا، د گلوميرولو اسکلیروزس او دپنستورگو دندو خرابوالى. په لابراتواري ازمونيو کي د سيروم IgA کچه لوره وي د سيروم دكامپليمينت کچه نارمل وي بنه تشخيص يې دبایوپسى پرمت کيږي. (۲۲)

درملنه:

- ۱- که پروتین يوريا دورخې ديو گرام خخه ڈيره او هايپرتشن ورسه مل وي نو ACE نهیي کونکي يا ارجينين ريسپتور بلاکر درمل کارول کيږي دوينې فشار بايد /۸۰-۱۳۰ ملی متر سیماب خخه بىكته وسائل شي. (۲۲)
- ۲- که پروتین يوريا دورخې ۱,۰-۳.۵ گرامه وي نو کورتيکوستيروئيد تراپي گتوروه ۵۵. متايل پريدينيزولون د ورخې يو گرام دوريد د لاري دري ورخو لپاره په اوله، دريمه، او پنځمه مياشت کي ديو ورڅه وروسته ۵،.. ملی گرام نظر په کيلو گرام وزن بدنه پريدينيزولون سره دشپرو مياشتولپاره ګډ ورکول کيږي. (۲۲)
- ۳- ۲۰-۵۰ سلنډ ناروغان ۲۰ کالو په موده کي دپنستورگو ځنډاني عدم کفايی خواته خواته ئې. د پنستورگو ترانس پلاتيشن ڈيره بنه درملنه ده خو ۳۰ سلنډ ناروغانو کي ۱۰ کاله وروسته ناروغې بيرته ګرئي له نيكه مرغه د ناروغې بيرته ګرڅيدل نادراً د پيوند د ناكاميدو لامل کيږي. (۲۲)

(Benign Hematuria) Thin Basement membrane disease دايوه ارشي کورنى متبارزه جنتيکه ناروغې ده چې په ماشومتوب کي د پرله پسى هيماچوريا سره خرگندېي. دنوبتي او زياتيدونکي هيماچوريا راپور هم د تنفسی لارو داتستاناتو په وخت کي ورکړل شوي. (۲۲)

پنستورگي په لایت او اميونوفلورسنس ميكروسكوب کي نارمل وي. د ناروغ کس ګلوميرولو بسمنت ممبران نري وي.

خرنګه چې دايو سليمه ناروغې ده خو که دپنستورگو دندې خرابې شي او پروتین يوريا

پیدا شی باید دبلي ناروغی لپاره پلتنه وشي.

په ڏيرو نادرو پینبو کې هایپرتنشن او فوکل گلومیرولو اسکلروزس منځته راخي  
د پنستورگو د ناروغی د کمولو لپاره ACE نهی کوونکي درمل ورکول کيربي. (۲۲)

(Hereditary nephritis) Alports Syndrom  
دايوه ارشي جنتيکه ناروغی ده چې خبيث سير لري. که د پنستورگو د بايوپسي نمونه تر  
لايت ميكروسكوب لاندي ميزانجيل هايپر سيلولراتي او په الکترون مايكروسكوب  
کې لامينا ڌينزا پېړ او فراجمنټ بسكاري.

په نارينو کې د اناروغی د پنستورگو ځنډنۍ عدم کفائي خواهه درومي چې د ڊياليزس او  
ترانس پلاتميشن پرمت درملنه کيربي. (۲۲)

ACE نهی کوونکي د ڊياليزس خخه مخکي دجي ايٺ ار د بنه کولو لپاره ورکول  
کيربي. (۲۲)

پروتين يوريا :

۵،.. - ۱۰ سلنہ خلکو کې چې ايزوليتيد پروتين يوريا لري بولي سيديمنت او  
راديولوژي بي نارمل وي خو د پنستورگو کومه ناروغی نه لري پروتين يوريا په دوو  
ڇولونو ده. (۲۲)

#### الف: Benign isolated proteinuria

ورخني پروتين يوريا د دوو گرامو خخه کمه وي، ۸۰% ازار يې بنه وي. سليم پروتين  
يوريا په لاندي ڇولونو ويشل شوي.

#### ۱- Idiopathic transient proteinuria

ڇيرى په څوانانو کې لومړي خل پروتين يوريا مثبت وي خو وروسته ازمونيو کې منفي  
وي.

#### ۲- وظيفوي پروتين يوريا:-

د اهم تيريدونکي پروتين يوريا ده چې په تبه، يخني، روحي ستونزو، دزره په احتقاني  
بې وسی په کې مثبت وي. (۲۲)

#### ۳- Intermittent proteinuria

د پنستورگو او سیستمیکو ناروغیو په نه شتون کې د تشو متیازو په نیمايی نمونه کې پروتین یوریا مثبت وي. (۲۶)

#### Postural proteinuria - ۴

یوازی د ولارې حالت کې په ۲۶ ساعتو کی پروتین یوریا د دووگرامو خخه لړه وي. د ۱۰ - کالو په موده کې بنه کېږي. (۲۶)

#### B: Persistent Proeinuria

دا ډول پروتین یوریا په هر وضعیت (ولارې، ملاسته) او د پنستورگو په ناروغیو کې وي. د ګلومیرول په هغو ناروغیو کې چې د نفروتیک سندروم لامل کېږي دا ډول پروتین یوریا پیدا کېږي. په بايوپسی کې میزانجیو پرولیفراتیف ګلومیرولونفرایتس وي.

۲۰ - کاله وروسته ۴۰ - ۲۰ سلنہ ناروغان د پنستورگو بې وسی ته ئې. (۲۶)

#### حنډنی ګلومیرولونفرایتس (Chronic Glumerolunephritis)

حنډنی ګلومیرولونفرایتس متصف دي پر له پسې پروتین یوریا او یا هیماچوریا او د پنستورگو بې وسی باندی چې ورو ورو د خو کالو په موده کې پر منځ ئې. حنډنی ګلومیرولونفرایتس په لاندې ډول پیژندل کېږي. (۲۶)

۱ - په روتین ډول د تشو متیازو د ازمونو په مهال کې.

۲ - په روتین ډول د خرګندې انیمیا د تشخیص لپاره دوینې په ازمونو کې بې یوان او کریاتینین لور وي.

۳ - د ګیډې په رادیوگرافی کې دواړه پنستورگی کوچني وي.

۴ - د هایپرتنسن د لامل د لټولو په مهال کې.

۵ - کله چې ګلومیرولونفرایتس د فرنجیتس یا نورو انتاناتو پواسطه تشدیدشی.

حنډنی ګلومیرولونفرایتس د ګلومیرول د غوره ناروغیو خخه دی چې په بايوپسی کې پنستورگی سکار او فبروتیک وي. د پنستورگو د تیوبونو بین الخالی انساجو التهاب او فبروزس د ناروغی خرابې نښې دی حنډنی ګلومیرولونفرایتس د پنستورگو حنډنی عدم کفایی خواته ئې. (۲۶)

درملنە:

- ۱- د ACE نەھىي كۈونكىي او ارجىنinin رسپتۇر بلاکر پواسطە دگلومىرولار او سىستېمك ھايپرتنسن كىنترول دى.
- ۲- ازىما، انىميا، مىتابولىكى ناروغى، او يورىمېك سىندروم د داي يورىتىك، ارىتروپوييتىن او دخورۇد رژىم د بىلۇن سره كىنتروللىرى.
- ۳- دېپنتورگو پرمختىلى خىنەنى عدم كفایە د ۋىالىزس يا دېپنتورگو دېلىلولو پرمەت درمىنە كىېرىي. (۲۲)

## د پښتوريکو حاده عدم گفایه (Acute Renal Failure(ARF)

پېژندنه:

په چتیکي سره د ګلومیرول فلتریشن ریت کم شي (د تشو متیازو ورخنی اندازه د ۴۰۰ سی سی خخه اویا په ساعت کې د 20ml خخه کمه شي)، د نایتروجني پاتې شونو دمه کیدل، دژونکو خخه دباندي مایعاتو، مالګو، الکترولایتونو، اسید بیز او دوینې د فشار دانهول خراب شي د پښتوريکو د حادی بې وسى په نوم یادیږي دي. همدارنګه د پښتوريکو په بې وسى کې اریتروپویتین نه جوړېږي او د ویتامن ډي هایدروکسی لیشن صورت نه نیسي. (۳۷، ۲۲)

ای، ار، ایف ډیری بې ګیلو وي خو په روغتون کې د بیوشمیکو ازمونو د بشپړیدو په پر محال لیدل کېږي چې دوینې یوریا نایتروجන او کریاتینین لور وي.

ای، ار، ایف ۵% په روغتون کې د داخلیدو او د %۳۰ ICU پیښې جوړوي. خرنګه چې ای، ار، ایف د نورو ناروغیو په سیر کې د اختلاط په توګه مینځ ته رائۍ نو تشخيص او درملنه یې په درې ډلو ويshelf شوی. (۳۷، ۲۲)

### ۱ - Pre Renal Azotemia

د اى، ار، ایف تردي ۵۵ سلنډ جوړ وي په ټولو هغو ناروغیو کې چې د پښتوريکو د وينې بهير کمېږي مینځ ته رائۍ او پښتوريکي روغ وي. (۳۷، ۲۲)

### ۲ - Intrinsic Renal Azotemia

د اى، ار، ایف تردي ۴۰% جوړ وي پښتوريکي ناروغ وي. (۲۲)

### ۳ - Post Renal Azotemia

د اى، ار، ایف ۵% جوړ وي. (۳۷، ۲۲)

لاملونه او پتوفزیولوژي:

۱ - پري رينال ازوتيما

لاملونه:

الف: هايپواليوما:

- ۱- وینه بهیدل، سوئیدل، دیهایدریشن
- ۲- د معده او د کولمو خخه د مایعاتو ضایع کیدل (لکه په کانګۍ او نس ناسته کې)
- ۳- د پښتورگو دلاري د مایعاتو ضایع کیدل لکه د دای یورتیک او ازموتیک دای یوریزنس اخیستلو سره).
- ۴- درګو خخه د باندې خواته د مایعاتو ضایع کیدل (لکه په پانکراتاپس، پریتونیتس، ترومما، سوئیدل او شدید هایپوالبومینمیا) (۱۲، ۳۷، ۲۲)،  
ب: دزره د دهانې کمیدل:
- ۱- د پریکارد، مايوکارد، اندوکارد ناروځی، اریتمیا، تمپوناد.
- ۲- د سبرو هایپرتنشن، د سبرو کتلوي امبولیزم  
ج: د پښتورگو او سیستمیک رګونو ترمینځ د ټینګار انډول بدليدل.
- ۱- سیستمیک وازو دای لیشن (سپسیس، انتی هایپرتنشن، انسٹیزی، انافلکسی، افتربالود کمولی).
- ۲- د پښتورگو درګونو تقبض (لکه په هایپرکلسمیا، ناراپی نفرین، اپی نفرین، سایکلوسیپورین، امفوتراسین بې).
- ۳- د پښتورگو هایپوپریفیوژن او د اتوریگولیشن خرابوالي.
- ۴- سایکلو اوکسی جنیزا او ACE نهی کونکی درمل اخیستل. (۱۲، ۳۷، ۲۲)  
پتوفزیالوژی:

پري رينل ازوتيميما د اى، ار، ايف ۴۰-۸۰ سلنې لامل جوروی. هایپووالیوما يو فريالوژيک بدلون دی که په چتهکي سره درملنه نه شي نو د پښتورگو د بېړنې بې وسى لامل کېږي. د هایپووالیوميا له کبله د وینې سیستمیک فشار کمېږي چې ددې سره د شرياني او دزره د بارورسپیتور د کشش کمېږي. بارو رسپیتور کشش کمیدو سره عصبي او هيمورال معاوضوي ميكانيزمونه فعالېږي تر خو چې د پښتورگو پرفيوژن بنه کېږي عصبي معاوضوي ميكانيزمونه عبارت دي له: (۲۲)

- ۱- سمپاتيک عصب.
- ۲- رينين انجيوتنسين الدسترون سیستم

### ۳- ارجنین واژوپریسین

د عصبی معاوضوی میکانیزمونو د فعالیدو سره د حیاتی غرو (دماغ، زره) دوینې جريان په لاندې دول ساتل کېږي. (۱۲، ۲۲)

۱- دغیر حیاتی غرو رګونه (عضلي، اسکلیتي او سپلان شینیک رګونه) تقبض کوي.

۲- دخولو دغدو اتو خخه دمالګي ضایع کمیرې.

۳- تنده او دمالګي د خورلو اشتها زیاتیرې.

۴- دپنستورگو خخه دمالګو او او بوجذب زیاتیرې. (۲۲)

په افیرینت شريانچو کې ستريچ اخذی دې چې د پرفیوژن د کموالی سره تنبه کېږي چې رګونو ته تقبض ورکوي.

په هايپوپرفیوژن کې پروستاګلاندین (پروستاګلاندین E2 ، پروستاسايكلين) جوريدل زیاتيرې چې افیرینت شريانچو ته پراخوالی ورکوي. (۲۲)

انجيوتين سین دوه ايفيرینت شريانچو ته تقبض ورکوي چې ددي میکانیزمونو پواسطه د ګلوميرولر دته فشار، جي، ايف، ار او فلتريشن ساتل کېږي. (۲۲)

په لړ هايپوپرفیوژن کې (دوینې فشار تردى ۸۰ ملي متر سیمات وي) معاوضوی میکانیزمونه فعاليري چې د اى، ايف او مينځ ته راتګ خخه مخنيوی کوي. په شديد او پله پسي هايپوپرفیوژن کې معاوضوی میکانیزمونه ناكاميږي. جي، ايف، ار کمیرې او اى، ار، ايف مينځته رائي. (۲۲)

په زړو، دیابیتیک وازکولوپاتی او هايپرتنسیف نفروپاتی کې د افیرینت شريانچو روغ والی له مينځه ئې د پرفیوژن دلړ کموالی له کبله جي، ايف، ار کمیرې او اى، ايف، ار، مينځته رائي ACE نهی کوونکي په دوه اړخیزه ، یو اړخیزه کليوي شرياني تنګوالی او یوه پنستورگي کې په ډيره پاملونې سره ورکول کېږي. (۱۲، ۲۲)

۲- دپنستورگو دحادي بي وسې داخلی لاملونه (Intrinsic acute renal failure)

د پنستورگي د حاد بېوسى ۵۰% جورپوي چې لاملونه یې عبارت دي له:

۱- دپنستورگو د تیوبولونو ناروغی ( دتیوبولونو بېرنې نیکروزس ، اسکیمیا، اندوچینوس او اکزوچینوس توکسین).

۲- دپنستورگو در گونو ناروغری (دپنستورگو د رگونو بندیز، اتیروسکلروز، ترومبوز، امبولیزم).

۳- دپنستورگو گلومیرول ناروغری (گلومیرولونفریتس)

۴- دپنستورگو بین الخالی نسج ناروغری (اتی بیوتیکونه، انالجزیک، اتانات)  
Acute Tubular Necrosis (ATN)

ATN دپنستورگو د بیرنی بې وسى ۸۵ فیصدە لامل جورووي ATN دوه غوره لاملونه لری چې اسکیمیا او توکسین دی. (۱۲، ۲۲)

الف: د اسکیمیک ATN لاملونه او پتووفزیالوژی

داسکیمیک ATN لاملونه عبارت دی له : هایپوتونشن، هایپووالیمیا، هایپوکسیا، دیهايدریشن، سپسیس، پرله پسی جراحی کرنې او انتیزی. (۳۷)

داسکیمیک ATN پتووفزیالوژی:

اسکیمیک ATN درې پړاوه لري.

۱- لومړۍ پړاو (Reversible pre renal ARF)

دا پړاو ساعتونه او ورځې دوام مومي. د هایپوپریفیوژن له امله اسکیمیا پر مخ تګ کوي. جي، ايف، ار کمیرې ځکه چې:

۱- دپنستورگو دوینې دجريان د کموالي له کبله د گلومیرول الترا فلتريشن کمیرې.

۲- تیوبولونه د کاستونو (اپي تیلیل حجرات) او نکروتیک پاتې شونو (د تیوبولونه د اپي تیلیوم اسکیمیک نکروز، پواسطه بندیږي او د گلومیرول د فلتر شو توکو په وړاندې بندیزوي. (۲۶)

۳- back lack : د گلومیرول فلتر شوی مواد تیوبولونه د اغیزمن شوی (څیری شوی)

اپي تیلیوم دلاري بین الخالی نسج ته څخيرې چې دهغى ئاي د پرسوب لامل کېږي.

دپنستورگو تیوبولونه روغوي خودنده یې زیاتېږي (داوبوا او مالګو جذب زیاتوالی)

دتشو متیازو حجم کم او غلظت یې ( $\text{Osmolality} > 600 \text{mosm/kg}$ ) زیات وي. دتشو

متیازو دسودیم کچه  $20 \text{mmol/lit}$  خخه کمه وي. د تیوبولونه دغه دنده په هغه

ناروغانو چې د پنستورگو پخوانی ناروغری ولري اویا لوپ دای یوری تیک اخلي

خرابیبېري. (۲۶)

که پدې پړاو کې د پښتورگو پرفیوژن بنه شي نو د اسکیمیا پر مخ تګ خخه مخنيوي  
کېږي اوای، ار، ایف مینځ ته نه رائې.

۲- دپښتورگو دوامداره حادی عدم کفایه (Established ARF (Maintenance phase) (Da پړاو د لوړنې پړاو خخه وروسته (که د پښتورگو پرفیوژن بنه شوی نه وي) د ۲-۱ اوښيو په موده کې مینځته رائې. پدې وخت کې ای، ار، ایف مینځته راغلې وي.  
جي، ایف، ار په یوه دقیقه کې ۱۰-۵ ملی لیتره وي د تشو متیازو اندازه لې وي او  
یوریمیک اختلالات پیداشوی وي. (۱۷)

ددې پړاو د پیداکیدو میکانیزم عبارت دی له د اغیزمن اندوتیلیل ژونکو خخه وازو  
اکتیف میدیاتورونه (نایتریک اسید کمېږي، اندوتیلین ۱، ادینوزین او پلات لیټ  
فعالوونکي فکتورونه زیاتیرې) په غیر منظم ډول ازادېږي چې دپښتورگو دننه رګونو  
ته تقبض ورکوي او د میدولاد اسکیمیا لامل کېږي. (۲۶)

۳- ریکوری فیز (درغیدو صفحه)

د تیوبولونو ڈژونکو قاعده دی پوبن ترمیمېږي. جي، ایف، ار او بیوشمیکي ازموینې  
ورو ورو بنه کېږي. په دې پړاو کې دایوریزسنس زیاتیرې، چې داحتباس شوو مالګو،  
اوبو او نورو منحله توکو د اطراح له کبله وي. وروسته د خو ورڅو خخه دای یوریزس د  
پښتورگو د تغليظ کوونکي میکانیزم او د تیوبولونو د دوباره جذب د نارمليدو  
پواسطه نارمليږي. (۱۷)

### Etiology and pathophysiology of nephrotoxic ARF

#### ۱- اکزوچینوس نفروتوکسین

دروغتون د بستر ناروغانو ۲۵ سلنډ د امینوګلايكوسايد ددرملنې په دوز باندي په  
ATN اخته کېږي. نن اولیګویوریک پړاو ۱۰-۵ ورڅې وروسته پیداکېږي. برابرونکي  
فکتورونه یې عبارت دی له: د پښتورگو پخوانۍ ناروغۍ، ډیهايدریشن او زورډوالی  
خخه.

د توکسي سیتي دمخنيوي لپاره امینوګلايكوسیدونه باید په وينه کې اندازه شي.

جنتامیسین د نورو په پرتله دیر توکسیک دی چې د تیوبولونو په ابی تیلیل باندې نېغ

په نېغه توکسیکه اغیزه لري اویا د دتیوبولونو د بندبنت لامل کیرېي. (٢٧)

امفوتیراسین بى د پپنستورگو د دنتیورگونو د تقبض لامل کیرېي او دتیوبولونو په ابی

تیلیل باندې نېغ په نېغه توکسیکه اغیزه لري. توکسیک دوز بی ٣-٢ گرامه دی.

نور اتی بیوتیکونه لکه وانکومایسین، سفالوسپورین او وریدی اسیکلورویر بنايی د

ATN لامل شی. دکنسر ضد درمل ( سسپلاتین، کاربوبیلاتین، فاسفامید) د

امینوگلایکو سایدوونو په شان اغیزه لري. (١٧)

رادیو کنتراست توکی نېغ په نېغه توکسیکه او وازوکنستربیکتور اغیزه لري چې د

٤٨-٤٤ ساعتو په موده کې د ATN لامل کیرېي خو ٥-٣ ورځی وروسته بیرته بنه

کیرېي. برابرونکی فکتورونه یې عبارت دی له: زوروالی، دپنستورگو پخوانی ناروغری

کریاتینین د dl/2 ګرامو خخه زیات وي، هایپووالیومیا، دیابیتیک نفروپاتی، دزره

بې وسی، مولتیپل میالوما، کنتراست بیا څلی دوز او اوس دنورو نفروتوکسیکو (نن

ستروئید التهاب ضد درمل او ACE نهی کونکی) توکو سره مخامنځ شوی وي. (١٧)

## ۲- اندوجينوس نفروتوکسین

اندوجينوس نفروتوکسین هیم لرونکی توکی، یوریک اسید او پاراپروتین دی.

مايوګلوبین یوریا : مايوګلوبین د رابدو مايولایزس خخه مینځ ته راځي. په تیوبولونو

باندې نېغ په نېغه توکسیکه اغیزه لري همدارنګه د تیوبولونو د بندبنت او د

وازوکنستربیکشن لامل کیرېي. د رابدو مايولایزس لاملونه عبارت دی له : کرش تیپونه ،

پرله پسی غیر شعوري حالت، اختلالات، کوکائین، الکول، شدید تمرین، هیټ

ستروک، خباثت، اتنات، - دیهايدریشن او میتابولیک اسیدوزسیس خخه. (١٧)

هیمالیزس نادرأ د ای، ار، ایف لامل کیرېي خو درگونو دنته کتلوي هیمالیزس هم د

ای، ار، ایف لامل کیرېي.

مايوګلوبین یوریا کې تشي متیازې نصواری رنګ لري خو دوینې سري ژونکې پکې

نه وي د عضلاتو د ژونکو د لایزس له کبله هایپرکلیمیا، هایپرفاسفتیمیا او هایپر

یوریسیمیا مینځته راځي. د درملنې بنستې یې هایدریشن دی. مل درملنې یې دای

یوریزس او دتشو متیازو قلوي کول دی.<sup>(۱۷)</sup>

**هاپریوریسیمیا:** د هایپریوری سیمیا لاملونه عبارت دی د نیوپلازم، لوکیمیا او دلمفوما درمنلی خخه.

یوریک اسید هげ وخت د ای، ار، ایف لامل کیبری چې د سیروم د یوریک کچه د ۲۰ ملی گرام فی دیسی لیتر خخه، دتشو متیازو یوریک اسید په ۲۴ ساعتو کې د ۲۰۰ ملی گرامو خخه او دتشو متیازو یوریک اسید او دتشو متیازو کرباتینین انپول د ۱.۰ خخه لور شی.<sup>(۱۷)</sup>

بنزجان پروتین په مولتیپل میالوما کې پیداکړې چې په تیوبولونو باندې نېغه به نېغه توکسيکه اغیزه لري او د بندیدو لاملې کیبری.

#### د ARF کلینیکي بنه:

کله چې د پنستورگو د بې وسى د ناروغ کلینیکي ارزیابی کیبری لوړی اړینه ده چې وپوهيدل شي چې جي، ایف، ار په بیرنۍ یا ځنډنې ډول لې شوی. همدارنګه د وينې د یوریا او کرباتینین لابراتواری ریکارد وکتل شي<sup>(۱۷، ۲۲، ۲۲)</sup>

د ازوتمیما کلینیکي بنه عبارت دی له: زړه بدوالی، کانګو، ستوماتیا، دشعرور دخرا боالي، دوینې فشار نادرأ لور وي، دمایعاتو دهیموستازس دخرا بوالي، دګیږې غیروصفی دردونو، دکولمو دشل والي (الیوس)، د دمویه صفحاتو د دندې د خرابوالي له امله وينه بهیدنه، انسفالوپاتي، استریکرس دماغي خپرتیا او اختلالاتو خخه.

په Pre renal ARF کې د ازوتمیما د کلینیکي بني سربيره د لوړنې ناروغی، نښې نښاني وي لکه تنده، سربدالي، اورتوستاتیک هایپوتیشن، تکي کارديا، وداجي وریدي فشارښکته وي، دپوستکي ترگر کم شوی، دخولي مخاطي پوبن او تخرګ وچ وي. دنن ستروئيد التهاب ضد درملو او ACE نهی کوونکو دواګانو د اخيستلو تاريҳچه شته وي.<sup>(۱۷، ۲۲)</sup>

همدارنګه دھیگر د ځنډنیو ناروغیو، پورتال هایپرتنشن، دزره د احتقانی بې وسى او سیپسیس لپاره باید پلتني وي.

که ای، ار، ایف د فلانک دخای د درد سره وي نو دپنستورگو د شریانی یا وریدي بندیز

يا د پیالونفریتسس یا گلومیرولونفریتسس بسودنه کوي. (٢٢، ١٧) که د اى، ار، ايف په ناروغ کې د پوستکې لاندى نودولونه Livedo reticularis (بې رنگه خاپونه د پوستکې لپاسه) bright orange retinal arteriolar plaque او د یجیتل اسکیمیا د اتیرو امبولیزم بسودونکي دی. (٢٢، ١٧) که اى، ار، ايف د بولی سیدیمنت، پرسوب، هایپرتنسن او اولیگویوریا سره یوئای وي نود نفتریک سندروم (بېرنی گلومیرولونفریتسس) بسودونکي دی. که د اى، ار، ايف سره شدید هایپرتنسن او دهغه اختلالات د کین زره هایپرتروفی او بې وسى، ریتینوپاتی، پیل ادیما او نیورولوزیکی ستونزې يو ئای وي نو د خبیث هایپرتنسن بسودونکي دی. (٢٢، ١٧) که د اى، ار، ايف سره تبه، د بندونو درد، خاربىت لرونکى اریتیماتوزس رشونه وروسته د دوا اخیستلو خخه پیداشي د الرژیک اترستیشیل نفرایتسس بسودونکي دی. (١٧)

### تشخيص

دپنستورگو د عدم کفایه کریتیریا:

- ١- رسک: د سیروم کریاتینین ٥، ١ ئىلى لورشى يا يورین اوچ پوت د ٢ ساعتو لپاره د ٥،.. ملى ليترو خخه په هر كيلو گرام وزن د بدن لېشى.
  - ٢- Injury : کریاتینین ٢,٠ ئىلى لورشى يا دتشو متیاز اوچ پوت د ١٢ ساعتو لپاره ٥،.. ملى ليترو خخه په كيلو گرام وزن د بدن لېشى. (١٧)
  - ٣- Failure : کریاتینین ٣,٠ ئىلى يا کریاتینین ٣٥٥ مايكرومول پر ليتر خخه زیات وي يا يورین اوچ پوت د ٢٤ ساعتو لپاره د ٣،.. ملى ليترو خخه په هر كيلو گرام وزن د بدن لېشى.
  - ٤- Loss : پرله پسى اى، ار، ايف ياد خلورو اوئیو خخه زیات د پنستورگو دندى لە منحه تللې وي. (١٧)
- ١- دوینې ازمۇينې
- د سیروم بى، يو، اين (نارمل ١٠-٢٠ ملى گرامه په دىسى ليتس) او کریاتینین

(نارمل ۷-۰.۹، املي گرام په ديسی ليتر لور وي.

- هاپر کلیمیا د اطراحی دندې د خرابوالی له امله
- هاپرفاسفتیمیا د فاسفیت د اطراح د کموالی له امله
- هاپوكلسیمیا : په میتاستاتیک ډول د کلسیم او فاسفیت ئای په ئای کيدل.
- انیمیا : د اریتروپویتین د کموالی او ترمبوسیت د دندود خرابوالی له کبله.
- هاپریوریسمیما په رابدو مايلولایزس کې وي
- میتابولیک اسیدوزس (۱۷)

## ۲- د ECG بدلونونه

- د T څې بنکته وي
- QT څې اورده وي
- PR فاصله او پدېږي. (۱۷)

## ۳- ARF کې د تشو متیازو ازمونې

- هیالین کاست په ټینګو تشو متیازو، تبه لرونکو ناروغریو او تمرين کې وي
- د سروژونکو کاست په ګلومیرولونفریتس کې وي
- د سپینوژونکو کاست په پیالونفرایتس او اترستیشیل نفریتس کې وي
- د ATN او اترستیشیل نفرایتس کې وي.
- کې ATN په Coars Granular Cast
- کې CRF په Broad Waxy Cast

## ۴- Renal Failur Indice

(Functional Excretion of Sodium) F E Na

کې د ۱,۰% خخه کم وي او په Intrinsic ARF په Pre Renal ARF کې د

1.0% خخه زیات وي.

$$F_E \text{ NA} = \frac{\frac{\text{Urin Sodium}}{\text{Plasma Sodium}}}{\frac{\text{Urin Creatinin}}{\text{Plasma Creatinin}}} \times 100 \%$$

۵- رادیولوژیکی نبی:

التراسونوگرافی، MRI او CT- Scanning دتشو متیازو دلا رو بندبی ناروغيو تشخيص لپاره کارول کېرى.

۶- دپنستورگو بايپسي

د ARF او Post Renal ARF د ردولو او Intrinsic ARF د لامل د موندلول لپاره ترسره کېرى.<sup>(۱۷)</sup>

دبايپسي استطبابات:

۱- دپنستورگو حاد یا خنده‌نی نامعلومی ناروغي.

۲- حاد نفریتیک سندروم

۳- نامعلوم پروتین یوریا یا هیماچوریا.

۴- دپنستورگو دپخوانی تشخيص شوی یا تداوی شوی ناروگی دتداوي دبىه پلان جورپولو لپاره.

۵- که دسیستمیک ناروگی (Lupus Erythematosus) په سیر کې دپنستورگو ناروگی مینخته راغلی وی نو دپنستورگو داخته کیدو داندازی او د درملنې دلارېندو لپاره بايپسي اخیستل کېرى.

۶- دپنستورگو دپیوند د ردیدو او دپنستورگو دحدادی ناروگی تر مینځ دتفريق لپاره.

نسبی مضاد استطبابات:

يو پنستورگی، اكتوبیک پنستورگی، دوینی تشوشتات، ناکنترول هایپرتنسن، دپنستورگو اتنات، دپنستورگو نیوپلازم، Horse Shoe Kidney،

توپیری تشخيص:

دپنستورگو په خنده‌نی عدم کفایه کې، وينه لېري، رينل اوستیودستروپاتي،

رادیولوژیک بدلونونه، کوچنی پنستورگی او په تشو متيازو کې براد واكس کاست

وي ١-٢ جدول : دپنستورگو د حادى بى وسى توپرىي تشخيص (٣٧)

لاملونه	Prerenal Azotemia	Post Renal Azotemia	ATN (Oliguric Poyuria)	حاد گلو میرولو نفریتیس	Acute Interstitial Nephritis
دپنستورگو دوينسيي بهيركموالى	دپنستورگو دوينسيي بهيركموالى	دبولي لاري بنديز	اسكميك نفروتوكسين	پوست ستريتوکاكل	د درملوله كبله الرزيم عكس العمل
Serum BUN/Cr	>20:1	>20:1	<20:1	>20:1	<20:1
U Na(meq/L)	<20	بدليدونكى	>20	<20	بدليدونكى
FENa	<1	بدليدونكى	>1	<1	<1,1>
Urin osmolality (mosmal/kg*)	>500	<400	250-300	بدليدونكى	بدليدونكى
دتش متيازو سيدمنت	سليم هيالين كاست	نارمل يا سره حجرات، سپين حجرات يا كريستل	گرانولراو دپنستورگود توبولونوسوكاست	پيس مورفيك سره حجرات يا دسر و حجراتو كاست	سپين دپينو حجراتو كاست

## اختلاطات

### ١- دخارج الحجري مایعاتو زیاتوالى

دژونکو خخه دباندى مایعاتو د واليوم د زیاتوالى لاملونه عبارت دى لە اوپوا او مالگۇ نە اطراح كيدل، درگ، د خولى يانازو گاستريک تيوب دلاري خواره ورکول، دازوتونىك ياهايپوتونىك مایعاتو ورکول.

كلىينيكي بنه يې عبارت دەلە د وزن د زیاتوالى، دسپرو دپرسوب، دسپرو په قاعدو كې رالونه، د وداجي وريدي فشار زیاتوالى او دماگى پرسوب خخه.

### ٢- هايپركليميا

لاملونه: دپوتاشيم اطراح كموالى، ميتابوليك اسيدوزس، رابدو مايليزس، هيماليزس، تومور لايىس سندروم

کلینیکی بنه: لړه هایپرکلایمیا ( $\text{I}/\text{l}$  ۶.۰ mmol خخه کم) بې ګیلو وي شدید لوروالی بې د ECG ابنارملتی او د اریتمیا لامل کېږي. (۲۲)

### ۳- میتابولیک اسیدوزس

لاملونه:

- د خورو خخه نه الوتونکی اسید ازادیږي.
- د هایدروجن ایون دمینځ ته راتلو زیاتوالی (دیابتیک کیتواسیدوزس، دلوبې اسیدوزس، لکتیک اسیدوزس)

کلینیکی بنه بې هایپروینتیشن دی. (۲۲)

### ۴- هایپوکلسیمیا

لاملونه:

- په میتاستاتیک ھول د کلسیم فاسفیت ئای په ئای کيدل.
- د پاراتائیروئید هورمون په وړاندې ټینګار
- ۱،۲۵، ۲۵ دای هایدروکسی کولی کلسی فیرول د کچې کموالی

کلینیکی بنه بې عبارت دی له دخولې د شاوخوا بې حسي ، عضلي کرامپونه، اختلاجات، دماغي خپړتیا، د QT دڅې اوږدوالی او T څې د بښکته کيدو خخه.

۵- هایپرفاسفتیمیا: لاملونه بې عبارت دی له : رابدومایولاپیس، هیمالیزس، تومور لایس سندروم . (۲۲)

### ۶- دوینی اختلاطات

۱- انیمیا

لاملونه:

- دسرو ژونکوخراب جورېدل، هیمالیزس، وینه بهیدل، دوینې نري کيدل، دسرې ژونکی دژونند د مودې کموالی.

۲- دبلیدیگ تایم د اوردیدلو لاملونه عبارت دې له دترمبوسیت د خفیفاً شمیر کموالی او د دندو خرابوالی خخه. د کلاتینگ فکتورونو ابنارملتی (VIII فکتور خرابوالی) (۲۶)

۳- د وینی د سپینو ژونکو دشمیر د زیاتوالی لاملونه سپپ سیس او ستریس خخه عبارت دی.

#### ۷- انتانات:

۴۰- ۹۰ سلنہ پینبو کي انتانات پیداکيربي چې ۷۵ سلنہ د مرپيني لامل کيربي. لاملونه بې عبارت دی له وريدي کنول، ميخانيکي تهويه، دمثانې کتیتر خخه.

۴۱- دزره او سرو اختلالات عبارت دی له : اريتميا، مايوکارديال انفاركشن، پريکارديتس، پريکارديل ايفيوژن ، دسرودپرسوب او دسرود امبوليزم خخه.

۴۲- دمعدی او دکولمو خخه وينه بهيدل (۱۰-۳۰٪) پینبو کي، چې لاملونه بې عبارت دی له دمعدی او کوچنيو کولمودسترنس تپونو خخه.

۴۳- يوريميک سندروم په تینګاري او شدید اي، ار، ايف کي مينځته رائحي.

#### ۱۱- شديد دا يوريزنس

د ریکوري په پراو کي پیداکيربي چې د والیوم د کموالی له امله د دويمي اي، ار، ايف لامل کيربي. ددي پراو اختلالات عبارت دی له هايپرترريميا، هايپوكلايميا، هايپومگنيزيميا او هايپوكلسيميا خخه. (۲۶)

#### درملنه:

#### د درملني موخته:

۱- داي، ار، ايف د لامل پيژندل.

۲- دزيانمنو فکتورونو (نفروتوکسین) لري کول.

۳- ديوريميک اختلالاتو مخنيوي او درملنه.

#### الف: مخنيوي:

د اي، ار، ايف د مينځته راتګ خخه په لاندي توګه مخنيوي کيربي.

- ۱- هایپوالیوما او تولی هغه ناروغی چې په کې د پنستورگو د وینې جريان کمېږي بايد درملنه شي.
- ۲- د نفروتوکسیکو درملو دوز نظر په کيلو گرام وزن بدنه او جي، ايف، ار برابرشي.
- ۳- ACE نهی کونکی، نن ستروئید التهاب ضد درمل، داي یوري تیک، امينوگلایکوساید، سایکلو سپورین په هایپوالیوما او د پنستورگو د رګونو په ناروغیو کې په ډیرې پاملنې سره وکارول شي.
- ۴- د یوریت نفروپاتی د مخنيوي لپاره د کنسر ضد درملو سره الوبورینول ورکړل شي او تشي متياري قلوي شي.
- ۵- داي ميرکپرول چې يو Chelating agent دی د درندو فلزاتو د نفروتوکسیتي د مخنيوي لپاره کارول کېږي. (۱۵)

**ب: ځانګړې درملنه:**

Pre renal ARF - ۱

دهایپوالیوما رنځور ته مایعات د ضایع شوو مایعاتو د جورښت له مخي ورکول کېږي لکه شدید هیموراژ ناروغه یوازې سري ژونکې په خفيف او منځنۍ کچه هیموراژ او پلازما ضایع کيدو (سوخیدل، پانکراتاپیس) په صورت کې ازوتونیک سالین ورکول کېږي او معدی معايي مایعات هایپوتونیک دي چې د ضایع کيدو په صورت کې هایپوتونیک سیروم (۴۵، . فیصده) سلين ورکول کېږي. د سیروم پوتاشیم او اسید بیز بیلانس شي. دزړه بې وسی د مثبت اینوتروپیک درملو پواسطه درملنه کېږي. د ټیکر په سیروزس کې چې په اسایپس اختلالطي شوی وي د مایعاتو ورکول داکتر ته چلينج دي که اى، ار، ايف د هیپاتورینل سندروم له کبله وي نو اى، ار، ايف بېرته نه ګرځیدونکی دي. که اى، ار، ايف د داي یوریزس او سیپسیس له کبله وي نو درملنه یې کېږي. د مایعاتو د ورکولو په مهال بايد د داجي او مرکزي وریدونو او د سبرود کېپلریو فشار مانیتور شي.

**۲- Intrinsic renal ARF**

تیتی دوز ڏوپامین، لوب دایوریتیک، کلسیم کانال بلاکر، الفا ادرینوریسپتور بلاکر او پروستاگلاندین ته ورتہ درمل د اسکیمیک او نفروتوکسیک ای، ار، ایف په درملنه کې کارول کیږي خولېه اغیزه لري. (۲۲)

که intrinsic renal ARF د بیرنی گلومیرونفریتس یا وازو کولایتس له کبله مینځته راغلې وي نو کورتیکوستروئید، قلوی درمل او د پلازما فوریزنس کارول کیږي. (۲۲)

**۳- داحتلاتاطاتو درملنه:****۱- intra vascular valium over load**

دمالگو ( د ورځی ۲-۱ ګرامه) او اوبو (دورځی د یو لیتر خخه کم) بندیز، لور دوز لزیکس ( ۴۰۰-۲۰۰ ملی ګرامه د رگ دلاري) ورکول کیږي تیت دوز ڏوپامین هم دای یوریزنس راولي خوپه شدید حالت کې نه کارول کیږي ټکه چې د اریت میا او ناخاپی مړینې لامل کیږي. د تینګاری هایپر والیوما د درملنه ډیالیزنس سره کیږي. (۲۲)

**۲- هایپوتريومیا:**

دخولي دلاري د اوبو ورکول دورځی د یو لیتر خخه کم وي او هایپوتونیک مایع لکه د دیکستروز نه ورکول کیږي. (۲۲)

**۳- هایپرکلیمیا:**

پوتاشیم لرونکی درمل او خواره ورنکول شي، پوتاشیم نه اطراح کوونکی دای یوري باید بندشی، Potassium binding ion exchange resin، سودیم پالی سلفونیت ورکول کیږي، ګلوکوز (۵ ملی لیتره)، انسولین ۱۰ یوتیه (ریگولر)، او سودیم باي کاربونیت (۱۰-۵ ملی مول) ورکول کیږي کلسیم ګلوکونات ۱۵٪

ملی لیتره په ۵ دقیقو کې ورکول کیږي. (۲۲)

**۴- میتابولیک اسیدوزس**

دخورو پروتین کم شي (دورځی ۲، ۰ ګرامه په هر کیلو ګرام وزن دبدن)، سودیم باي کاربونیت هغه وخت ورکول کیږي چې دسودیم باي کاربونیت کچه ۱۵ ملی مول پر لیتر

او بی ایچ ٢، ٧ خخه کم شی.

د بای کاربونیت اختلالات عبارت دی له هایپرالیوما، میتابولیک الکالوزس، هایپوکلسمیا، هایپوکالیمیا. په تینگاری اسیدوزس کې دیالیزس ترسه کېږي.

#### ٥- هایپرفاسفتیمیا

خوروکې فاسفتیت د ورځی د ٨٠٠ ملي ګرامو خخه کم شی، ګلسمیم کاربونیت او المونیم هایدروکساید باید ورکړل شي چې دا د فاسفتیت سره نښلي. (٢٢)

#### ٦- هایپوکلسمیا

که ګیلې شته وي ګلسمیم ګلوکونات ١٠-٢٠ ملي لیتره او ګلسمیوم کاربونیت ورکول کېږي. (٢٢)

#### ٧- هایپرمگنیزیمیا

مگنیزم لرونکی اتی اسیدونه باید بند شي. (٢٢)

#### ٨- هایپریوری سیمیا:

که د سیروم یوریک اسید کچه د (15mg/dl) خخه کم وي نو درملنه یې نه کېږي. (٢٢)

#### ٩- تغذیه

د خورو پروتین د ورځی ٢، گرامه په هر کیلو گرام وزن د بدن ورکول کېږي، کاربوهایدریت د ورځی سل گرامه وي، دخولي یا رګ دلاري خوارو ورکول دناروغ ارتیا پورې اړه لري. (٢٢)

#### ١٠- انيمیا

دارپتیا په صورت کې وينه ورکول کېږي Recombinant human erythropoietin په ای، ار، ایف کې نادردا کارول کېږي څکه چې د هډوکو مغز دهغه په وړاندې مقاوم وي. (٢٢)

#### ١١- وينه بهیدل:

د یوریمیک وينه بهیدله د Desmopressin یا استروجن یا دیالیزس سره بنه کېږي.

١٢- اتی اسید د معده او کولمو وینې بهیدنې د غلې کولو لپاره د پروتون پمپ بلاکونکو او اچ دوه رسپتور بلاکونکو په پرتله بنه دي.

۱۳- داتتان د مخنيوي لپاره انتي بیوتىك نه ورکول كېرى. (۲۲)

دياليزس: دېپنټورگو د ھنلۇنى عدم كفایي پە برخە كې ترى يادونە شوى.

انزار:

ناروغان پە عمومى ھول د لومنى ناروغى خخە مري د مەينى كچە ۱۵ % پە ولادي ناروغانو كې ۳۰ سلنە د توکسىن او ۲۰ % وروستە د لويو جراحى كېنۇ خخە وي پە لاندى حالتۇ كې اتزار خراب وي. (۲۲)

۱- د ناروغى پە لومرىي وخت كې اولىيگۈيورىا وي.

۲- سيروم كرياتينين د ۳ ملى گرام پىرىسىي ليتر خخە لورشى.

پە زىرو خلکو او د خۇغۇرۇ بې وسى كې د مەينى اندازه زياتە وي.

۵ سلنە ناروغان بىخى نە بىھ كېرى چې پىله پسى دىاليزس او ياترانس پلان تېيشن تە ارتىالرى. (۲۲)

## د پښتورگو حندنې، عدم کفایه (Chronic Renal Failure(CRF))

پیژندنه:

د پښتورگو حندنې، عدم کفایه د پښتورگو د دندو نه گرځیدونکي خرابوالی ته وايي چې

د خوکالو په موده کې منخته راخي.

په سی ار ایف کې لومړی بیوشمیک بیا اطراحی، میتابولیک، اندوکراینی ابناړملتی

په پای کې کلینیکي بنه خرګندېږي چې دیوریما په نوم یادېږي. (۳۸، ۲۲)

د ھغه حالت ته وايي چې د پښتورگو اندوجینوس (ESRD) end stage renal disease

دنده بیخی له مینځه تللې وي او د ناروغ ژوند یوازې په ډیالیزس یا ترانس پلان تیشن

پوري تړلې وي. (۳۸، ۲۲)

لاملونه:

### ۱-۲ جدول دسي، ار، ایف لاملونه په لاندې ډول دي (۱۲، ۳۸)

شرحه	د ESRD د پیښیدو سلنډ	ناروغۍ
د پښتورگو پولي سیستیک ناروغۍ او الپورت سندروم	%۵	ولادې او ارثي ناروغۍ
داخرګنده نه ده چې دابدلون توکمي یا تشخيصي توپيروالۍ وي	%۲۵-۵	د پښتورگو د شريانونون تنگوالی هاپرتنسن
IgA نفروپاتي ډير معمول دي	%۲۰-۱۰	ګلومیرول ناروغۍ
	%۱۵-۵	اترستي شيل ناروغۍ
وازکولایتس	%۵	سیستمیکي التهابي ناروغۍ
ډير زیات توکمي توپيروالۍ	%۴۰-۲۰	د شکری ناروغۍ
	%۲۰-۵	ناخرګندي ناروغۍ

### دیوريمايا پتوفزیالوژی او بیوکیمسټري:

ازوتیمیا د نایتروجني توکو دپاتی شونو ټولیدو ته وايي. یوريمايا د پینتورگو پر مختللي عدم کفایه ته وايي چې د خو ارګانونو او سیستمونو د ستونزو نبې په کې څرګندېږي. (٣٨)

که خه هم یوريمايا دیوريمايك توکسي ستی لوی لامل نه دی خو بیا هم د کلينيکي ابنارملتييو لکه بی اشتھائي، بی علاقګي، کانګو او سردردي په مينځ ته راتلو کې مرسته کوي. (٣٨)

حئيني نور نایتروجني پاتې شونی (لکه د ګوانيدو مشتقات، یوريت، هیپورات، بنزوت، اندول، هم په پلازما کې په ابنارمل غلظت کې شته چې دیوريمايك توکسین ګمان پرې کېږي. (٣٨)

دپینتورگو د میتابولیکو او اندوکراینی دندو د ویجارټیا له امله انيمیا، مل نیوتريشن، د کاربوهایدریت، شحم، پروتین میتابولیزم خرابوالی، د انژری د مصرف خرابوالی او دهلهوکو میتابولیکي ناروغی پیداکېږي. همدارنګه د پاراتایرايد هارمون، انسولین، ګلوکاگون، لیوتینایزینګ هورمون او پرولاکتین کچه لوړېږي ځکه چې نه یوازې د دوي دپینتورگو کتابولیزم ویجارېږي بلکه دپینتورگو د اطراحې یا ترکيبي دندو د ویجارټیا له امله د دوي اطراح کیدل هم ویجارېږي. (٣٨)

داريتروپویتین او ۱,۲۵ دا هایدروکسی کولي کلسیفیرول کلیوی جوریدنه خرايېږي.

دیوريمايك سندروم پتوفزیالوژي د دوو ستونزو پایلوپوري تړلې ۵ه. (٣٨)

۱- د پروتین د میتابولیزم د پیداوار پایلې.

۲- دپینتورگو د دندو د خرابوالی ( لکه مایعاتو، الکترولايتونو، هموستانس او هورموني ستونزو پایلې).

**کلينيکي بنه:**

دپینتورگو عدم کفایه د ناروغانو په روتننو ازموینو کې د سیروم کرباتینین او بی یوان لوړ وي چې ددې سره هایپرتنسن، پروتین یوريمايا یا انيمیا مل وي ګیلې هغه مهال

پیداکېږي چې جي ايف ار په يوه دقیقه کې د ۳۰ ملي ليترو خخه کم شي او د سيروم یوريا غلظت د ۴۰ ملي مول پر ليتر خخه لور شې.

نکچوريا او پولي یوريا د سې، ار، ايف لومړنې ګيله ده چې دېپنتورگو د تغليظ کولو توان د کميدو او په نفرون باندي د ازموتیک پیتني د زیاتوالی له کبله مینځته راخي.

۳-۲ جدول کې د سې، ار، ايف ګيلې او نښې چې دبدن په هر سیستم پوري اره لري یادونه شویده. (۱۲، ۳۷)

سیستم	ګيلې	ښې
عمومي	كمزوري، بې علاقېگې، ستوماتیا	رنګ بې الوتى وي او ناروغ بنکاري
پوستکي	خاربنت او ژرژروينه بهيدل	خاسف، ايکوموزس، پرسوب، وچوالۍ، نوکان بې نصواري بنکاري، یوريميک فراست
غوب، پوزه او ستونې	په خوله کې میتالیک مزى احساس، د پوزې خخه وينه بهيدل	یوريميک فيتور، دنشو متیازو بوی
سترګې		منضمی خاسفی بنکاري
سرې	ساه لنډي	رالونه، پلورل افيوژن
زړه او رګونه	د تمرین سره سالنډي د سینې د هلهوکې شاته درد (پریکاردايتس)	هایپرتشن، کاردیومیگالۍ، فریکشن رب، فلومرمر، د متزال وال تنګوالۍ د کلسیفیکیشن له کبله، د ابهراو ریوی دسام بې وسی د والیوم د زیاتوالی له کبله.
معده او کولمې	بي اشتھاپي، زړه بدوالۍ، کانګکې، ايتکې، نس ناسته	
بولی تناسلي	نکچوريا، پالي یوريا، په نارینو جنسې کمزورتیا، په بسخو کې امينوريا	ایزوستین یوريا
عصسي عضلي	Restless leg	

	لپاره بېكتئيي اطرافو تە دموقعيت تغیر ورکول بى حسى، پە لنگىي كې كرامپ ۋولە دردونە	
استريکزس، ستوبور، مايوكلونوس، محيطي نيوروپاتي او هايپوكليسيميا	تخرشىت، دماغي او جنسى كمزورتىبا، بى حسى، تيتانى	عصبي

#### ٤-٢ جدول د پنستورگو د خندهنى عدم كفایه ستىۋونە. (٣٦)

ستىۋ	يادونە	جي-ايف-ار ml/min/1.73m <sup>2</sup>	كېنە
لومرىپراو	پنستورگىي اغيزمن، جي، ايف، ار نارمل يا زيات وي	≥٩٠	لبراتواري پلتنيپەيمىچورىا، پروتين بورىا
دوھىپراو	پنستورگىي اغيزمن وي جي، ايف، ار لې كم شوي وي	٨٩-٢٠	دويني فشار كنترول شي، خواپه بدل شي
درىيمپراو	جي، ايف، ار پە منخنى كچە كم شوي وي	٥٩-٣٠	دويني فشار كنترول شي، خواپه بدل شي
خلورمپراو	جي، ايف، ار ھير زيات كم شوي وي	٢٩-١٥	دپنستورگو ترانس پلان تىشن
پنخىمپراو	د پنستورگ و بى وسى	١٥ < يادىالىزىس	دپنستورگو ترانس پلان تىشن

#### لابراتواري ازمويىنى

##### ١- دويني ازمويىنى

دپنستورگو خندهنى عدم كفایه كې د سيروم كرياتينين او بى يو ان لور وي. همدارنگەه  
انيميا، ميتابوليک اسيدوازس، هايپر فاسفتيميا، هايپر كلايميا او هايپوكليسيميا د  
پنستورگو پە بىرپنى او خندنى بى وسى كې وي. (١٢، ٢٢)

## ۲- دتشو متيازو ازموينه:

په تشو متيازو کي ايزو استين یوريا او Brood waxycast (دنفرونونو د هايپرترووفي

له کبله) وي.

## ۳- راديولوزي

د سی، ار، ايف د ناروغانو د التراسوند په ازموينه کي دواړه پښتورگي کوچني وي

(۱۰ د ساتي مترو خخه کوچني وي) خو په ټینو ناروغيوکي (پولي سیستیک

پښتورگي، دیابیتیک نفروپاتی، مولتی پل میالوما، امايلوایودوزس، د ایچ، ای، وي

له کبله نفروپاتی، بندبنتی نفروپاتی) پښتورگي لوي يا نارمل وي. (۱۲، ۲۲)

## ايسرى

دهډوکو په اكسري کي د کليوي اوستيودستروفي نښي چې دويمي هايپر پارا

تائيرويدزم له کبله وي ليدل کيربي. د لاس د ډډوکو راهديال خوا کې په اوړدو سره Sub

periosteal reabsorption ليدل کيربي.

دملا په اكسري کي Rugger jersey spine دملا شمزې کي متناوب اسکلیروتیک

بانډونه سورې او د کثافت زیاتوالی ليدل کيربي.

دلاس د ډډوکو او د ملا شمزيو راډيولوزيک بدلونونه داورد مهاله هايپرپاراتائيرودېزم

له کبله وي. (۱۲، ۲۲)

## بايوپسي:

داستطباب په صورت کي بايوپسي د ناروغۍ د لامل موندل لو لپاره تر سره کيربي.

## اختلالات:

### ۱- هايپرکلايميا

څرنګه چې پوتاشيم د پښتورگو دلاري اطراح کيربي خو په سې، ار، ايف کې يې هغه

وخت انډول خرائيږي چې جي، ايف، ار په یوه دقیقه کې د ۱۰-۲۰ ملي لیترو خخه کم

شي. (۱۲، ۲۲)

پەلەندىي حالتو كې سره لدى چې جې، ايف، ارزيات وي خوهايپر كاليميا پە كې وي. اندو جنیوس لاملونه يې عبارت دى لە: هیمالیزس، تروما، میتابولیك اسیدوزس، قبضيت، د پروتین کتابولیزم، دويىنى ترانس فيوژن او هايپورينينميك هايپو الدوستورينىزم خخە. (١٢، ٢٢)

اكزو جينوس لاملونه يې عبارت دى لە: خوارە (سترس لرونكى ميوه او پوتاشيم لرونكى مالگىي او درمل)، ACE نەھى كونونكى، سپايرونولكتون، نن ستروئيد التهاب ضد درمل، ترياميترين، اميلوريد، بيتا بلاکر خخە. (١٢، ٢٢)

درملنە :

الف: دېپنە هايپر كاليميا درملنە

دزره مانيتوريىنگ، وريدي كلسيم كلورايد % ٥ - ٣٠ ملى ليتره، كلسيم گلوكونات، گلوكوز % ٥٠ - ٥٠، انسولين، باى كاربونيت، دخولى يا ريكتوم دلاري ion exchange resin sodium polysteren sulfonate ، بيتا اگونىست(بوتيرول) ٢٠ - ١٠ ملى گرامە پە ٤ ملى ليتره نارمل سالين كې پە ١٠ دقيقو كې وركول كىپى. (٢٢)

ب: دەندپنە هايپر كاليميا درملنە:

پە خوارو كې دپوتاشيم دكچى لېوالى (دورخې دوه گرامە)، پالى سترين سلفونات د ورخې يو چىل ٣٠ - ١٥ گرامە د جوس يا سوربيتول سره وركول كىپى. (٢٢)  
- دسوديم او او بو هييموستازس:

هايپراليوميا د او بو دنه اطراح له كبله وي.

هايپراليوميا د كانگو، نس ناستى، خولې او تې لە كبله وي.

هايپرتريميا د سوديم دنه اطراح له كبله وي.

هايپوتريميا د ھياليزس خخە مخكى ھيرە كمە وي.

دهايپراليوميا لپارە داوبوا او مالگۇ بندىز او داي يورتىك وركول كىپى. (١٢، ٢٢)

### ۳- د اسید بیز ګلهوډي ګانې:

ناروغ پښتورکی د ورځی یو ملي ایکوولانت تیزاب چې په هر کيلو ګرام وزن د بدنه د خورو د پروتین خخه جوړېږي د بدنه خخه ایستلای نه شي.

د پښتورگی د کتموالی له کبله میتابولیک اسیدوزس مینځته راځي. دامونیا جوړیدل کمیرې چې دا په تشو متیازو کې د هایدروجن دایون بفر د کمیدو لامل کېږي.

(۲۶)

همدرانګه هایپر کالیمیا نور هم دپښتورگو خخه دامونیا جوړیدل کموي. له همدي کبله دسي، ار، ايف د ناروغانو تشي متیازې اسیدي وي. د میتابولیک اسیدوزس نور لاملونه عبارت دي له سلفات او فاسفات فلتريشن کموالی د هایدروجن ايون افراز کموالی اضافي هایدروجن ايون دهپوکو د کلسیم کاربونیت او کلسیم فاسفت پواسطه بفر کېږي چې د رینل اوستیودستروفی لامل کېږي. (۱۲، ۲۶)

درملنې:

سوديم باي کاربونیت، کلسیم باي کاربونیت او سوديم ستریت ورکول کېږي خو د سوديم ستریت مالګې د سیروم دالمونیم کچه لوړوي باید ورنکړل شي.

### ۴- دزره او رګونو اختلالات:

د سې ار ايف کوم ناروغان چې دیالیزس کېږي ۴۵ سلنډ مرینه یې د زره او رګونو ناروغیو له کبله وي. (۲۶)

#### I- د وینې د فشار لوړوالی:

په سې ار ايف کې دوینې د فشار د لوړيدو لاملونه عبارت دي د مالګو او اوړو دمه کیدل، هایپرینینمیک حالت او د باندې خخه د اریتروپویتین اخیستل. (۲۶)

په سې ار ايف کې د هایپرتنسن د درملنې موخه عبارت دي له د سې ار ايف د پرمختګ او د هایپرتنسن د اختلالاتو د مخنيوی خخه دي.

د سی ار ایف په رنځورانو کې باید فشار ۱۳۰/۸۵-۸۰ ملی متر سیمابو کې وساتل شي. که دیاپیتس ورسره مل وي اویا خلورویشت ساعته پروتین یوریا دیو گرام خخه ډیره وي نو دوینې لور فشار باید ۱۲۵/۸۵ ملی متر سیمابوته بنکته شي. دخورو مالګه ۴ گرامو ته کم شي اوکه لور فشار دوام ومومي نو دوه گرامو ته باید تیټه شي. ACE نهی کوونکي، انجیوتنسین دوه رسپتور بلاکر (په دې شرط چې د سیروم پوتاشیم لور نه وي) دای یورتیک، بیتا بلاکر، کلونیدین، هایدرالازین او مینوکسیدل ورکول کېږي. (۲۲)

## II - دزره او رګونو اسکیمیکی ناروغی.

په سی، ار، ایف کې دزره اسکیمیا د دوه خطری فکتورونو له کبله مینځته رائی. کلاسيک يې عبارت دي له هایپرتشن، هایپرالیوما، دسمپاتیک عصب فعالیت زیاتوالی، د شحموستونزې او هایپرھوموسیستینمیا خخه. (۲۲) سی ار ایف پوري تړلي فکتورونه عبارت دي له انيمیا، هایپرفاسٹیمیا، هایپرپاراتائیروئیدزم، سی ریاکتیف پروتین او انترلوکین ۴ لوروالی (اکلیلی رګونه بنده وي) دکین زره هایپرتروفی، مایکرو واسکولر ناروغی، داکلیلی شریانو هایپرتروفی او هایپرپلازیا خخه. (۲۲)

درملنه:

**الف: دورخنی ژوند ترتیب بدلوں Life style modification**

ب: د خطری فکتورونو درملنه.

ج: د سیروم دھیموسیستین دلوروالی لپاره د ورځې ۱-۵ ملی گرامه فولات ورکول کېږي.

ه: د هایپر لیپیدیمیا لپاره لومړی دخورو پواسطه درملنه ده که دی سره بنه نه شوه نو ستاتین او ګیم فیبروزیل ورکول کېږي دا دواړه په ډیرې پاملنې سره کارول کېږي.

(۲۲)

## III - دزره احتقانی عدم كفایه :

پەسی ار ایف کې دزره دعدم كفایي لاملونه عبارت دى لە:  
دما يوکارد اسکیمیا، دكین زره هايپرتروفی، دمالگۇ او اوپو دمه كيدل، دهايپرتنشن  
او د هايپرپاراتائيرۋئىذم لە كبلە كاردیومايوپاتي خخە. (۱۲، ۲۲)

درملنە :

الف: داوبو او مالگۇ كنترول.

ب: هايپر دلورتيازىد: كە جى ایف ار پە يوه دقيقە كې د ۱۰-۱۵ ملى ليترو خخە كم  
وي بايد هايپر دلورتيازىد ورنكىل شي.

ج: لوپ داي يورتىك پە عمومىي دول كارول كىرى.

د: د ACE نەي كۈونكىي اودارجىنин رسپتپور بلاکر ورکول گتپور دى پدى شرط چى  
دسيروم كرياتينين د ۳ ملى گرام پر ديسىي ليتر خخە او سيروم پوتاشىم لور نە وي. د  
دوى د كارولو پە وخت كې بايد هرو ۱۴-۵ ورخو كى دسيروم كرياتينين او پوتاشىم  
اندازە شي. (۱۲، ۲۲)

IV - پريكاردايتسى:

پريكاردايتسى دميتابوليك توكسين د دمه كيدلو لە املە پيداكىرىي. پە ناروغ كې تې،  
دسينى درد او فريكتشن رب وي. پە اكسري كى زره لوى ، دزره پە گراف كې PR فاصلە  
ديپريس او ST سگمنت پە ديفيويژ دول لوروي. همدارنگە كله د پريكارد ايفيويژن  
تمپوناد ھم شته وي چى زياتره هميوراژىك وي او د دىاليزس پواسطە يې درملنە  
كىرى. (۱۲، ۲۲)

## 5- ھيماتولوژىك اختلالات:

1- وينه لېرى: د وينه لېرى دول نارموكرومىك نارموسایتىك وي. (۲۶)

لاملونە:

1- د اريتروپويتىن كمولى.

2- بون ميرو توكسين (دېنپتپورگو د بې وسى توكسين)

- ٣- بون مىرو فايبروزس د هايپرپارا تائيرويىدزم لە كبلە.
- ٤- هيماتينيك كموالى (اوسيپنه، فولات، بى ۱۲)
- ٥- دسرى ژونكى د پوبن ابنارملىقى (ازموتكى فراجيليتى زياتوالى)
- ٦- دويني ضايع كيدل (دمعدى او كولمو خخە پتەه وينه بهيدل) ترومبوسيت دسفنكشن او د هيمودياليزس پە وخت كې.
- ٧- ACE نەھى كۈونكى د اريتروپوييتين ازadol اوكتنرول خرابوي.
- ٨- دسر و ژونكود ژوند مودە كىيپى. (۱۲، ۲۲)

درملنە:

انيميا ھە وخت درملنە كىيپى چې هيماتوكريت د ۳۳% خخە بىكتە وي اريتروپوييتين پە اونى كې يو يا دوه ئەلە ۵۰ يوتەه پە هر كيلو گرام وزن د بدن دپوستكىي لاندى وركول كىيپى. Darbepoietin پە اونى كې يو ئەلە پە هر كيلو گرام وزن د بدن ۴۵، ملي گرامە د بدن دپوستكىي لاندى وركول كىيپى. هەدرانگە ۴-۲ اونبۇ كې يې ھە يو ئەلە وركولاي شو. د درملنى بىنه رسپانس ھە وخت وي چې هيموگلوبين ۱۱-۱۳ گرامو تە ورسىپرى. د هيمودياليزس ناروغۇ تە پە مياشت كې يو ئەلە ۵۰-۲۰۰ ملي گرامە اوسيپنه دورىد دلاري (كە وينه بهيدل شته وي) وركول كىيپى. (۱۲، ۲۲)

دويني د لىبىتە كيدو ستونزى: پلات ليت دسفنكشن، خفيقاً دپلات ليت دشمير كموالى دواره يې بلىدينگ تايىم او بىدو كلينيكي بىنه يې عبارت دە لە: پيتىشىا، پورپورا، ژرژروينى كيدلو خخە (۲۲)

درملنە:

- ١- هيماتوكريت بايد ۳۰% تە لور شى تر خو بلىدينگ تايىم كەم شى.

٢- دیسموپریسین ٢٥ mcg د ورید دلاري هر ١٢-٨ ساعته وروسته دوه دوزه وركول كىبى.

٣- كنجوگىتىد استروجند ورئي ٢، ملى گرامە پە هەر كيلو گرام وزن بىدن پە ٥ ملي لىترە ٠.٩% سلنە سودىم كلورايد كى اوبلن شى او پە ٤٠-٣٠ دقىقو كى د انفيوژن پە چول وركول شى ياخولى دلاري ٥-٢.٥ ملي گرامە د ٧-٥ ورخۇلپارە وركول كىبى.

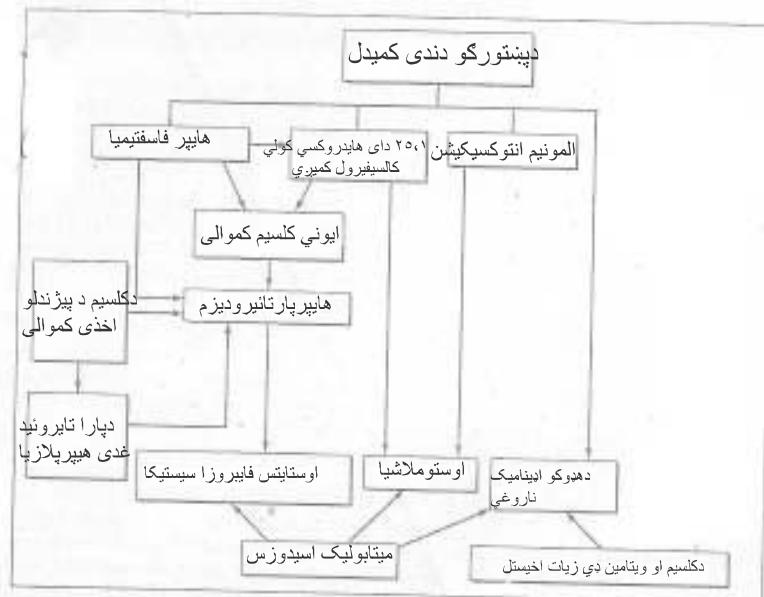
٤- دىالىزس بلىدەينگ تايىم بىنه كوي خۇ نارملولى يې نە شى. پريتونىيل دىالىزس نظرھيمودىالىزس تە بنە دى خەكە چى هيپارىن دېپن كىدو دمخيوي لپارە كارول كىبى. (٢٦)

٥- دھەوكو ناروغى او د كلسىم فاسفيت د ميتابوليزم ستونزى پەسى، ار، ايف كى دغە ستونزى پە دوه ڈولودى.

٦- دھەوكو زيات جورىدل ددويمىي هايپرپارائيرويەدم سره. پە دې ستونزە كى دھەوكىي ناروغى Osteitis fibrosa cystica پنوم يادىبىي چې د دويمىي هايپرپاراتائيرويەدم لە كېلە پىدا كىبى. (١٥)

#### پتوفزىالوژى:

كەلە چې جى ايف ار كم شى د فاسفيت اطراح كمىبىي او هايپرفاسفتىميا مىنخىته راھى چې د دويمىي هايپرپاراتائيرويەدم لامل كىبىي. دفاسفيت زياتوالى پە درې ميكانىزمونو د هايپرپاراتائيرويەدم لامل كىبىي. هايپرفاسفتىميا نىغ پە نىغە دپاراتائيرويەدم هورمون افراز لمسوى، فاسفيت د سىروم ايونى كلسىم كموي چې هايپوكلسىميا مىنخىته راھى چې ددى كموالى د پاراتائيرويەدم د هورمون افرازىدل ھخوي، فاسفيت د كالسيتيرول ٢٥ داي هايدروكسى كولىي كالسيفيرول جورىدل كموي چې ددى دكموالى چخە ايونى كلسىم كمىبىي او بىا دپاراتائيرويەدم دھورمون ازادىدل ھخوي. پدې درې حالتو كى د دويمىي هايپرپاراتائيرويەدم لە املە اوستايتىس فايبروزا سىستىكا مىنخىته راھى. همدارنگە پە سى، ار، ايف كى د اوستايتىس سىستىكا بل غورە لامل ميتابوليك اسىدوزس دى. (٢٦)



## ۱- شىماكى د ھەوکو د فاسفيت او كلسىم ابنارملىقى (۲۶)

**كلىينيكي بنه:**

په اوستايتىس فايروزا سىستيتكا كې په ھەوکو كې ابنارمىل استۋىيد ، فېرۇزى او كىستونە جورپىرى. دەھەوکو كورتىكس او غېتىلتىيا كمىرى او د ماتىيدو خطر يې زياتپىرى. دافت په نىزدىپ بىرخە كې مايپاتىي وي او ناروغ گۈچىدلى نەشى ھەوکىي يې خوبپىرى. (۲۶)

۲- دەھەوکو كم جورپىدل: پاراتائيرۋىيد ھورمۇن كم يا نارمل وي. پدى حالت كې د ھەوکو دوه چولە ناروغى، مىنخىته راخي:

### ۱- اوستيوملىشىا

**دېيداكىدو مىكانيزم:**

- د كالسىتيرول د كچى كموالى.
- المونيم اينتوكسىكىشىن
- ميتابوليك اسيدوزس

په اوستیوملیشیاکی داوستیوکلاست او اوستیوبلاست شمیر کمیری او د اوستیوبلاست فعالیت هم کمیری. په اوستیومالیشیا کې د هېوکو ماتریکس زیاتیرېي خو منزالیزیشن بې د ویتامین ڏي د نشته والي له امله صورت نه نیسي. هېوکی خوبیرېي. (۲۶)

## ۲- دهلهوکو اپینامیک ناروغى

پدې ناروغى کې د هېوکو حجم او منزالیزیشن دواوه کمیری. ددې ناروغى د پیداکیدو لاملونه عبارت دي له:

الف: د ویتامین ڏي ، کلسی ترول او د کلسیوم سره زیات درملنه د پاراتائیروئید هورمون کچه کمیری همدا رنگه د شکرې په ناروغانو کې هم پیداکیرېي.  
ب: میتابولیک اسیدوزس.

## ۳- نادرأً د المونیم د توکسیکیشن خخه هم پیداکیرېي.

د هېوکو ماتیدل په دهلهوکو اپینامیک ناروغى داوستایتس فایروزا سیستیکا په پرتله زیات وي او هېوکی خوبیرېي.  
کلسیفاپلیکس: دهلهوکو خخه پرته د رخوه انساجو او دوینې درگونو میتاستاتیک کلسیفیکیشن ته وايي. (۲۶)

درملنه:

۱- په ورخني خورو کې د فاسفیت اندازه باید ۱۰۰۰ ملی گرام پر دیسي لیتر ته بنکته شي. دخولې دلاري فاسفیت بايندېنگ اجنت ( لکه کلسیم کاربونیت، یا کلسیوم استیت چې په کولمو کې د فاسفیت سره نبلي او د فاسفیت د جذب خخه مخنیوی کوي) د ورخې ۴-۳ خله د خورو سره یوخای ورکول کیرېي.

ددې درملود ورکولو په مهال باید د سیروم کلسیوم ۱۰ ملی گرام پر دیسي لیتر خخه کم وساتل شي تر خو چې هایپرکلسیمیا مینخته رانه شي. (۲۶)

۳- او Lanthanum کاربونیت چې کلسیوم نه لرونکی فاسفیت بايندېنگ Sevelemar اجنتونه دی په هایپر کلسیمیا کې ورکول کیرېي. (۲۶)

٤- المونیم های درواکسیا ید یو بنه فاسفیت باینهینګ اجنت دی خود اوستیومالیشیا او نیورولوزیکواختلاطاتو امل کیرې. دا په بیرونی پړ او کې چې د سیروم فاسفیت ٧ ملی گرام پر دیسي لیتر خخه لوړ وي ورکول کیرې. د اوږدې مودې لپاره نه پکارول کیرې.

٥- ویتامین ڏي یا ده ګه مشتقات هغه وخت ورکول کیرې چې دویمي پاراتائیروئید هورمون د نارمل اندازی خخه ۳-۲ څله لوړ وي. فاسفورس ۵،۵ ملی گرام پر دیسي لیتر خخه او کلسیوم ۱۰ ملی گرام پر دیسي لیتر خخه کم وي.

کلسی ترول هره ورڅه ۵،۰-۰،۵ ملی گرامه یا یوه ورڅه وروسته ورکول کیرې. (٢٢)

#### ٧- عصبی اختلاطات:

عصبی اختلاطات هغه وخت پیدا کیرې چې جي، ايف، ار په یوه دقیقه کې د ۱۰-۱۵ ملی لیترو خخه کم شي. په سی، ار، ايف کې مرکزي، محیطي، اتونومیک اعصاب او عضلي دنده خرابېرې. (٢٢)

دمرکري عصبی سیستم ګيلې: د حافظې خرابوالی او د خوب ستونزې.

عصبی عضلي ګيلې عبارت دي له: مخرشیت، اټکي، کرامپي دردو، عضلي فسیکولیشن، استریکزنس، کوری، مايوکلونس، اختلاجات او کوما خخه. (٢)

دمحیطي عصبی سیستم اختلاطات هغه وخت پیدا کیرې چې سی ار ايف په خلورم پراو کې وي او د شپږ میاشتو خخه زیات وخت تیر پرې شوی وي. (٢)

حسې عصب دحرکي عصب په پرتله بنکتنې اطراف د پورتنيو اطرافو په پرتله او د اطرافو لري برخې د تردي برخو په پرتله زیات اغيزمن کیرې.

Restless leg سندروم هغه حالت ته وايې چې ناروغ تل بنکتنې اطرافو ته حرکت ورکوي عضلات کمزوري وي او ژور اورتاري عکسات له مينځه تللي وي. (٢)

#### ٨- دمعدی، کولمو او خورو اختلاطات:

ubarat دي له: بى اشتھائي، زړه بدوالۍ، کانګو، یوریمیک فیتیور، ګاستروانتراتیتس او پیپتیک السر خخه.

د دیالیزس اختلاطات عبارت دی لە ھیپاتیتس، پریتمونیتس، پانکراتایتس او پروتین انژی مل نوتريشن خخە. (١٥)

#### ٩- اندوکرايني اختلاطات:

اندوکرايني اختلاطات عبارت دی لە: دويىمىي ھايپرياراتايرودىزم، اوستيوماليشيا، د ويتامين ھي دكموالى، دشکري نه زعمل، ھايپريوري سيميا، ھايپرتراى گلسرايديميا، د ليپوپروتين دلوروالى، د پروتین انژي دمل نوتريشن ، د ودى دخرابوالى، شنده توب، جنسى كمزورتىيا، امينوريا، ھايپوترميا او امايلوئيدوزس خخە.

#### ١٠- دپوستكىي اختلاطات:

دپوستكىي اختلاطات عبارت دى لە د خسافت، ھايپرپىگميتنىشن، خاربىت، ايكوموزس او يورىميمىك فوراست خخە. (٢٦)

درملنه :

#### الف: دخورو لارى چارى:

١- د پروتیني خورو بندىز: دخورو دپروتین كمول د سى ، ار، ايف د پر مخ تگ خخە مخنيوى كوي. دخورو پروتین بايد د ورئى ديوگرام پە هەر كيلو گرام وزن دبدن خخە كم نەشي. د سى، ار، ايف پە لومپنى او دويىمىي پراو كې پروتیني بندىز نىشتە. (٢٦)

٢- دمالگى او اوبو بندىز: كە مالگە د ورئى د ٤-٣ گرامو خخە زياتە شي دپرسوب، ھايپرتنىشن او د زىزە د احتقانى يې وسى لامل كىرى او ديو گرام خخە كموالى يې دھايپوتىشن او د دورانى حجم د كموالى لامل كىرى.

كە دېنټورگو خنډنى بى وسى ناروغان دیالیزس شوي نە وي نود ورئى مالگى كچە يې دوه گرامە ده او مايىعات د ورئى ١-٢ لىترە بايد ناروغانو تە ورکۈل شى. (٢٦)

٣- دپوتاشىم بندىز: پوتاشىم هغە وخت نە ورکول كىرى چې جى، ايف، ار پە يوه دقيقە كې د ١٠-٢٠ ملى لىترو خخە كم شوي وي او ناروغ تە دپوتاشىم لرونكۇ خورو لىست ترتىب شى. ورئى نارمل اخىستنە يې ١٠٠ ملى ايکوولانت دى. (٢٦)

٤- د فاسفورس بندیز: دپلازما د فاسفورس کچه باید د ٤، ٢ ملی گرام پر دیسی لیتر خخه بنسکته و ساتل شی. ورخنی خورو کی باید ١٠٠٠-٨٠٠ ملی گرامه پوری وي. فاسفورس لرونکی خواره عبارت دی له کولامشروباتو، هگیو، لبنياتو او غوبنی خخه. که جي، ايف، ارپه يوه دقیقه کي ٣٠-٢٠ ملی لیترو خخه کم شوي وي نو فاسفورس بايندينگ اجنت ورکول کيربي. (٢٦)

٥- د مگنیزیم بندیز: خرنگه چې مگنیزیم د پنستورگو د لارې ویستل کيربي باید تول مگنیزیم لرونکی خواره او انتی اسید ورنکول شی. (٢٦)

#### د پنستورگو د دندو بیارغونه :

د پنستورگو د دندو د بیارغونې لپاره د مصنوعی پنستورگی (دیالیزس) خخه کار اخیستل کيربي. (٣٨)

دیالیزس دپنستورگو اندوکرایني او میتابولیکی دندې رغولي نه شي. یوازي د پلازما په بیوکیمسټري په بنه کولو (یوریمیک توکسین، الکترولات او اسیدبیز) کې مرسته کوي.

همدارنگه د دیالیزس پواسطه (ھیموالرافلتریشن) د دوران خخه زیات شوي ماياعت لري کيربي او نارمل والیوم ته راوستل کيربي. (٣٨)

دیالیزس هغه وخت تر سره کيربي چې دسي، ار، ايف ساتونکي درملنه ناکامه شي. د پنستورگو بیا رغونکي درملنه عبارت ده له: ھیمودیالیزس، پریتونیل دیالیزس او رینل ترانس پلان تیشن خخه. (١٢، ٣٨)

#### د دیالیزس استطبابات:

- ١- که جي ايف ارپه يوه دقیقه کي د ١٠ ملی لیترو خخه کم شي.
- ٢- د سیروم کریاتینین ٨ ملی گرام پر دیسی لیتر وي.
- ٣- د سیروم یوریا د ٣٠ ملی مول پر لیتر (١٨٠ ملی گرام پر دیسی لیتر) خخه زیات شي.

- ۴- په دیاپیتیک کسانو کې په یوه دقیقه کې جي، ایف ، ار ۱۵ ملی لیتر او د پلازما کریاتینین ۲ ملی گرام پر دیسي لیتروي.
- ۵- هایپرکلیمیا(پوتاشیم د ۲ ملی مول پر لیتر خخه زیات وي).
- ۶- میتابولیک اسیدوزس (پی ایچ د ۷، ۲ د خخه کم وي)
- ۷- یوریمیک پریکاردايتس.
- ۸- یوریمیک انسفالوپاتی (اختلالات، نیوروپاتی)
- ۹- هایپرالیومیا چې د درملنې په وړاندې تینګاری وي.
- ۱۰- کواکولوپاتی. (۳۸، ۱۲)

#### هیمودیالیزس:

په هیمودیالیزس کې د ناروغ ناپاکه وينه چې یوریمیک توکسین لري د مصنوعی پنستورگی (دیالیزس) قابل نفوذیه پردي د لازې پاک کېږي او بيرته پاکه وينه چې یوریمیک توکسین نه لري (د شریانی وریدي فستول په شان) د ناروغ بدن ته دتنه کېږي. (۳۸، ۱۲)

#### Intermittent Hemodialysis

ډیالیزس باید ورو ورو پیل شي ځکه چې په چټکۍ سره پیل کول یې د ناروغ شعوري حالت ويچاروي او اختلالات پیداکوي چې دا د دماغي پرسوب له کبله وي او د Dialysis disequilibrium پنوم یادېږي. (۳۸)

په لومړي ورڅ کې دیو ساعت لپاره دیالیزس شي یوه ورڅ وروسته یې ۳-۴ ساعتو لپاره او بیايوه ورڅ وروسته ۳-۴ ساعتو لپاره دیالیزس ترسره کېږي پدې شرط چې د ناروغ هیمودینامیک حالت بنه وي. که دوینې بهيدل شته وي نو دهیپارین په ځای ایپوپورستینول د اتیکواکولیشن لپاره ورکول کېږي خو دا د هایپوتونشن لامل کېږي. (۳۸)

د کمې مودې دیالیزس لپاره او هغه ناروغانو ته چې وینې د پرن کیدو ستونزې لري اتني کواکولات نه ورکول کېږي.

هیمودیالیزس ستونزی عبارت دی له: هایپوتشن، دزره اریتمیا، هیموراز، هوایی امبولی، دیالیزس سره حساسیت، دسربو اذیما او سیستمیک سیپس (۳۸) پریتونیل دیالیزس:

دا تختنیک اوس ډیر کم کارول کیږي ځکه چې د هیمودیالیزس په پرتله لبه اغیزه لري خو نادرأً یو کتابولیکه ناروغ کې بیوکیمتری کنترولوي دپریتونیل دیالیزس ستونزی عبارت دی له زره بدوالی، کانګو، دګیدې د درد، نس ناستې، قبضیت، تبې، د پریتونیتس او د پریتوان د پردې د بې وسی خخه. په عمومي توګه ۳۶% ناروغان وروسته د دیالیزس خخه تر پنځو کالو پوري ژوندي پاتې کیدای شي (۳۸).

#### د پښتورگو پیوندول (Renal Transplantation):

د پښتورگو پیوندول دخنډنۍ بې وسی ناروغانو ته داوبدې مودې د ژوندي پاتې کیدو لپاره ډیره بنه درملنه ده. دا دیو نارمل پښتورگی دنده تر سره کوي. د سی ار ایف ټولې میتابولیکې ستونزې بنې کیږي. د پښتورگو د پیوند لپاره د پښتورگی د ورکونکي او د پښتورگی د اخیستونکي د وینې ABO گروب سمون والی اړینه خبره ده ځکه چې د پیوند ناکامیدل د امینولوژیکو فکتورونو پوري تړلی ده. دهغو ناروغانو چې پښتورگی بې پیوندېږي د خو ورڅو په موده کې بیوشمیک بنه والی رامینځته کیږي او ناروغان باید په منظمه توګه د اوبدې مودې لپاره د پښتورگو د دندو او د امینوسپریشن لپاره مانیتور شي (۳۸).

#### د پیوند مضاد استطبابات:

الف: مطلق مضاد استطبابات: فعاله سرطاني حالت، فعال وازو کولایتس، دزره شدیدې اسکیمیکې ناروغۍ، د ابهر او الیاک د رګونو شدیدې بندښتي ناروغۍ.

ب: نسبی مضاد استطبابات:

عمر دیو کال خخه بنکته او ۷۵ کلنۍ خخه پورته، د ډیرو خطری ناروغیو او د بنکتنیو بولی لارو د ناروغیو شتون (۳۸).

## Interstitial Nephritis

اترستي شيال نفرايتس د پښتوري ګو د اترستي شيال او تيوبولونو ناروغې د چې د التهابي، بندبنتي او ارثي ناروغېوله کبله مينخته راخي. (۳۷) کلينيکي بنه يې د پښتوري ګو د بي وسى کلينيکي خيره ده خو دالكترولايتو او اسيد بيز (هايپرکليميا) ستونزې په کې ډيرې وي. (۳۷) پروتين يوريا نادرأً په ۲۴ ساعتو کې ديوگرام خخه زياتيري هيمماچوريا او پايوريا په په عمومي ډول شته وي. (۳۷)

### Acute Interstitial Nephritis (AIN)

لامونه:

- ۱- الرژيك: پنسلين، نن ستروئيد التهاب ضد درمل، الوبورينول
- ۲- اميون: اتوااميون نفرايتيس
- ۳- اتنايات: بيرني بكتريابي پيالونفريتس، ليپتوسپيروزس، توبرکلوز، هاتتاوايرس.
- ۴- توکسيک: مرخيري، ميالوما لانيت چاين (۳۷)

تشخيص:

په ۳۰% ناروغانو کې د دوا دالرژي تاريخچه (تبه، رش، ايزونوفيليا) او په ۷۰ سلنې ناروغانو کې ليوكوسايتوبوريا او ايزونوفيليلبوريا شته وي. تشخيص يې د پښتوري ګو د بايوسي پواسطه کيرې. (۳۷)

بيرني اترستي شيال نفرايتس هر وخت د پښتوري ګو د نان او ليگويوريک عدم کفایي لامل کيرې.

درملنه:

- ۱- هغه درمل چې د بيرني اترستي شيال نفرايتس لامل شوي بايد ودرول شي.
- ۲- پريدينيزولون د ورځي يو ملي ګرام په کيلو ګرام وزن دبدن ورکول کيرې، چې د پښتوري ګو د فروزس خخه مخنيوي کوي.
- ۳- ډياليزس کله کارول کيرې.

۴- لاملونه یې بايد درملنه شي. (۳۷)

### Chronic Interstitial Nephritis (CIN)

لاملونه:

۱- بېړنۍ اترستي شيال نفرايتس

۲- ګلوميرونفريتس

۳- معافيتي او التهاب ناروغي (سارکوئيدوزس، سيستميک لوپوس اريتيماتوس،  
لومړنۍ اتواميون ناروغي، Sjogren سندروم)

۴- توکسيک: مشروم، سرب او درانده فلزات.

۵- درملونه: ليتيم، الرژيك نفروپاتي، هغه درملونه چې د بېړنۍ اترستي شيال  
نفرايتس لامل کېږي انالجزيکونه، سايكلاسپورين

۶- اتنانات: شدید پیالونفريتس

۷- ولادي ناروغي، ويزيكويوريتال ريفلوكس

۸- دبولي لزو بندښتي ناروغي

۹- ميتابوليکي او سيستميکي ناروغي لکه هايپوكليميا، هايپركلسي يوريا،  
هايپراوكزالوبيوريا او اميلوئيدوزس. (۳۷)

۱- دخنډنې اترستي شيال نفرايتس توکسيک لاملونه.

اترستي شيال نفرايتس او د کوليكتينک سيستم تومور د Balkan نفروپاتي پنوم

يادېږي. دا ناروغي د فنگسي توکسين (Orchratoxin-A) داخیستلو خخه پیداکړي،

دا په هغه خورو کې وي چې د زيرمه شو دانه جاتو خخه جور شوي وي.

Oristolachic acid يو نباتي توکسين دی چې په هيربل (هغه درملونه چې د بوټو خخه جورېږي)

مستحضراتو کې وي او د پښتوري ګو د بېړنۍ عدم کفایي لامل کېږي. (۳۷)

۲- پېپيلارى نکروزس او انالجزيک نفروپاتي: داوردې مودې لپاره د انالجزيکونو د

کارولو خخه مینځته راحي

پېپيلاري اسکيميا ډېرى په ساپکل سيل نفروپاتي او دیابتیک نفروپاتي کې وي

نکروزي پېپيلا د حالبونو د بندښت او د پښتوري ګو د کوليك لامل کېږي.

دا ناروغری د انالژیکونو د درولوسره بنه کېږي. (۳۷)

کلینیکی بنه:

په ډیری ناروغانو کې سی-ار-ایف، هایپرتنسن او په کمو ناروغانو کې د سالت لوزینګ نفوپاتی له کبله دیهايدریشن، هایپوتنسن او پالی یوریا شته وي. (۳۷)

لامبراتواری ازمونې:

۱- یوریا ۱۵۰ ملی پر دیسی لیتروي.

۲- هایپرکلیمیا

۳- میتابولیک اسیدوزس

۴- دامونیا جورېدل کمېږي.

۵- دتشو متیازو ازمونې غیروصفی وي خو بنایی براد واکسی کاستونه په کې وي.

(۳۷)

درملنه:

لاملیزه درملنه ترسره کېږي. (۳۷)

## ریفرینس

- ۱- افريدي حفيظ الله. فزيكل دياغنوزس. دپوهندوي علمي رتبى خخه پوهنولي علمي رتبى ته، دتنگرها پوهنتون طب پوهنخي ۱۳۸۷ لمريز مخ ۲۲۰-۲۲۴.
- ۲- اكسير نادر. رهنمايي امراض معدى معايي برای ترفيع رتبه علمي از پوهنمي به پوهندوي پوهنتون طبي کابل. ۱۳۷۹ هش صفحه ۱۷۷-۱۷۶.
- ۳- اكسير نادر. امراض جهاز هضمي وکليوی برای ترفيع از رتبه پوهندوي به رتبه پوهنولي پوهنتون طبي کابل. سال ۱۳۸۳ هجري خورشيدی صفحه ۱۹، ۵۲، ۱۳۲، ۲۰۳.
- ۴- اميري طيب. دھيگر سيروزس ترجمه دپوهياли علمي رتبى خخه پوهنياري علمي رتبى ته، دتنگرها پوهنتون طب پوهنخي کال ۱۳۸۲ هش مخ ۱، ۱۴، ۱۹، ۳۱، ۳۲.
- ۵- اميري طيب. دمعدى او داشناشر زخمونه او د ايج پيلوري بكتريا علمي اثر دپوهنياري علمي رتبى خخه پوهنمي علمي رتبى ته دتنگرها پوهنتون طب پوهنخي کال ۱، ۲، ۷، ۸.
- ۶- جبار خيل عبدالناصر. دھضم خرابولي او د گيدھي دپورتني برخى داندوسکوبى تر مينخ د ارتباط خيرنه. دپوهنمي علمي رتبى خخه دپوهندوي علمي رتبى ته د لورتيا لپاره اصلی علمي اثر. دتنگرها پوهنتون طب پوهنخي کال ۱۳۸۱ هش.
- ۷- رحيمي صلاح الدين. خنهنى هيپاتييس ترجمه. دپوهياли علمي رتبى خخه پوهنياري علمي رتبى ته. دتنگرها پوهنتون طب پوهنخي کال ۱۳۸۵ مخ ۴۱، ۴۲، ۲۱.
- ۸- ظفرزى كامران. دصفراوي كخورپى، صفراوي قنات او دپانكراس ناروگى ترجمه. دپوهياли علم رتبى خخه پوهنياري علمي رتبى ته. دتنگرها پوهنتون طب پوهنخي کال ۱۳۸۲ لمريز مخ ۲۸، ۳۱، ۲۲.
- ۹- ظفرزى محمد ظاهر. دھضم سیستم ناروگى. دپوهندوي علمي رتبى خخه پوهنولي علمي رتبى ته. دتنگرها طب پوهنخي کال ۱۳۵۹ مخ ۵۷، ۵۷، ۹۳، ۹۴.
- ۱۰- ظفرزى محمد ظاهر. دصفراوي كخورپى او صفراوي قنات ناروگى. تاليف دپوهندوى علمي رتبى خخه پوهنولي علمي رتبى ته. دتنگرها پوهنتون طب پوهنخي کال ۱۳۵۸ لمريز مخ ۲۰، ۱۹، ۲۱.

- ۱۱- ظفرزی محمد ظاهر. دیانکراس ناروغی تالیف. دپوهندوی علمی رتبی خخه دپوهنوالی علمی رتبی ته. دنگرهار طب پوهنخی کال ۱۳۵۸ لمریز مخ ۳۰، ۲۴، ۲۳، ۱۱، ۹
- ۱۲- ظفرزی محمد ظاهر. دپینتور گو ناروغی تالیف دپوهندوی علمی رتبی خخه پوهنوالی علمی رتبی ته. دنگرهار پوهنخی کال ۱۳۵۹ لمریز مخ ۵۷، ۵۵، ۵۲، ۴۹، ۴۸، ۴۷، ۳۹، ۳۸، ۳۷، ۳۵، ۲۱، ۱۸، ۱۷
- ۱۳- ظفرزی محمد ظاهر. دینی ناروغی. دپوهندوی علمی رتبی خخه پوهنوالی علمی رتبی ته. دنگرهار طب پوهنخی کال ۱۳۵۸ لمریز مخ ۹۱، ۹۰، ۵۹، ۴۲
- ۱۴- مطیع الله مطیع داسایتس داسیابو خیرنه اصلی اثر. دپوهنمی علمی رتبی خخه پوهندوی علمی رتبی ته. دنگرهار پوهنتون طب پوهنخی کال ۱۳۸۷ لمریز مخ ۸، ۲، ۲
- ۱۵- مولوی زاده حبیب الله. دھضیمی جهازد پورتنی برخی د وینی بھیدنی لاملو نه. دپوهنیاری علمی رتبی خخه پوهنمی علمی رتبی ته. دنگرهار پوهنتون طب پوهنخی کال ۱۳۸۵ لمریز مخ ۳۲، ۳۱، ۲۸
- ۰ - نشاط محمد طیب، هادی سیف الله. دخیگر سیروسس په ناروغانو کې د HBS Ag مثبتی پیښی. دنگرهار پوهنتون طب پوهنخی ۱۳۸۲ لمریز کال مخ ۱۹۹

Arthur C. Guyton, and john E hall. Text book of medical physiology II edition. Mississippi: ELENVIER saunder, 2006 P: 795

17. Cooper. Danie H, Krainik Andrewj. The wasthinton manual of medical therapeutics 23th edition. Philadilphia: Lippincott willians and wilkins, 2007 P: 449
18. Cotran kumar Robbins. Pathologic Basis of diseases 4<sup>th</sup> edition. Philadelphia: WB saunder, 1989 P: 877
19. D+ Caral Mattson Porth. Pathophysiology 5<sup>th</sup> edition. New York: Lippincott Philadelphia, 1998 P: 751
20. Fauci, Anthonyms. Harrison's principle internal medicine 16<sup>th</sup> edition. USA: Mc Graw Hill; 2005  
P:1741,1748,1750,1760,1776,1852,1867,1891
21. Forbes Alastair. Ginlinsky. self assessment colour review of gastroenterology UK: manson publisher, 2003 P: 67
22. GOLD MAN lee, Ausielleo De NNIS. Cecil medicine 23<sup>rd</sup> edition. Philadelphia: saunder's 2008 P:1091
23. Katzung Bertram. Basic and clinical Pharmacology 10<sup>th</sup> edition. Sanfranscisco: university of California; 2006 500 P: 1011.1013
24. Kumar Prveen. Clinical medicine 6<sup>th</sup> edition: ELEVIER UK: saunder, 2005 P: 265, 275, 310, 338, 341, 383,390,414,3022

25. JOHN J. Hutton.Peter O Kholer. Internal medicine 5<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Mosby;560
26. MEC PHEE STEPHE Nj Maxine A PAPADAKIS. Current medical diagnosis and treatment 47<sup>th</sup> edition New York: MC Graw Hill, 2009 P:473,503,506,512,520,540,551,567
27. NICHOLAS A.Boon NICK-R. Davidson's Principle of internal medicine 20<sup>th</sup> edition UK: Edinburgh;2006 P: 779,88,884,902,910,915,949,973,984
28. SLEISEGER and FORDTRAN Gastro intestinal Diseases 5<sup>th</sup> edition. Philadelphia: W.B Saunders, 1993 P: 387,573,1040,1835
29. YAMADA TADATAKA DAVID H. ATLAS of Gastroenterology, 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Lippincott willam and wilkins, 1999. P:216,231,333,336,346
30. <http://jmg.bmjjournals.com/cgi/content/full/41/7/508>
31. <http://www.medicinenet.com/stomaen-cancer/page2.htm> 8-12-2007
32. [http://www.pathologyatlas.org/gastric/20/carcinoma/20/intestinal\\_type.html](http://www.pathologyatlas.org/gastric/20/carcinoma/20/intestinal_type.html).
33. <http://en.wikipedia.org/wiki/jaundice>
34. <http://who.int/classification/apps/icd10online/gr10.htm?tr=174-16-209>
35. "Cirrhosis mayoclinic "  
[http://www.mayoclinic.com/print/cirrhosis/Ds00373/Dsection/all\\_and METHOD-Print](http://www.mayoclinic.com/print/cirrhosis/Ds00373/Dsection/all_and METHOD-Print)
36. <http://digestive.niddk.nih.gov/diseases/pubs/cirrhosis/>
37. [http://en.wikipedia.org/wiki/acute\\_nephritis](http://en.wikipedia.org/wiki/acute_nephritis)
38. [http://en.wikipedia.org/wiki/nephrotic\\_syndrome](http://en.wikipedia.org/wiki/nephrotic_syndrome)
39. [http://www.medicinenet.com/dyspepsia/page\\_10.htm](http://www.medicinenet.com/dyspepsia/page_10.htm)
40. [http://www.medicinenet.com/irritable\\_bowel\\_syndrome/page\\_6.htm](http://www.medicinenet.com/irritable_bowel_syndrome/page_6.htm)
41. <http://www.medicinenet.com/pancreatitis/article.htm> 17-11-2007
42. <http://www.medicinenet.com/peptic-ulcer/article.htm> 8-21-2007
43. [http://www.medicinenet.com/crohn's\\_disease/article.htm](http://www.medicinenet.com/crohn_s_disease/article.htm).
44. [http://www.medicinenet.com/ulcerative\\_colitis/article.htm](http://www.medicinenet.com/ulcerative_colitis/article.htm).
45. [http://www.mayoclinic.com/health/urinary tract\\_infection/Ds00286/Dsection-can](http://www.mayoclinic.com/health/urinary tract_infection/Ds00286/Dsection-can) 6-23-2009
46. <http://www.mayoclinic.com/Gastritis>
47. [http://emedicine.medscape.com/article/92945\\_treatment](http://emedicine.medscape.com/article/92945_treatment)



## د لیکوال لنهه پیژندنه

محترم پوهندوي دكتورسيف الله هادي دمرحوم هدايت الله زوي او دمرحوم حبيب الله لمسي دلغمان ولايت دنبار دگمين په کلې کي په ۱۳۴۲ لمريز کال کي زيريدلي دي . خپل ابتدائي زده کره يي دمهترلام بابا دنبار درسراجه العمارت په لوړنې بنوئخي کي ترسره کړي دي او په ۱۳۲۰ لمريز کال کي دمهترلام بابا دنبار دروبنان ليسي خخه فارغ شوي دي . په ۱۳۲۴ کال کي د تګرها رطب پوهنهئي کي شامل شوي او په ۱۳۷۱ لمريز کال کي د تګرها رپوهنتون د طب پوهنهئي د داخلې په دېپارتمنت کي د علمي کدر د غړي په توګه ومنل شو چې تراوسه پوري په همدي دېپارتمنت کي د استادي مقدسه دنده پرمخ بیا يې . په ۱۳۸۹ کال کي د پوهنواли علمي رتبې ته د لورټيا لپاره د هضمی سیستم نارو غیو او د پښتوري ګودنارو غیو تر عنوان لاندې کتاب د اهل طب مینوالو ته تالیف کړي دي .

## **Abstract**

This text book of Digestive and Renal Systems Diseases is written in two chapters and 283 pages for the second semester of the fourth grade in Ningarhar Medical Faculty. The first chapter is about Digestive System Diseases and the second one is about Renal System Diseases.

All the information is compiled from the reputable text books of the world. The book is useful for the young doctors, the students of the Medical Faculty and all the readers.

The last part of the book contains references which are well known worldwide.

Book Name            Gastrointestinal & Renal System Diseases  
Author                Dr. Saifullah Hadi  
Publisher            Nangarhar Medical Faculty  
Website              www.nu.edu.af  
Number               1000  
Published           2011  
Download            [www.ecampus-afghanistan.org](http://www.ecampus-afghanistan.org)

This Publication was financed by German Aid for Afghan Children ([www.Kinderhilfe-Afghanistan.de](http://www.Kinderhilfe-Afghanistan.de)) a private initiative of the Eroes family in Germany. The administrative and technical affairs of this publication have been supported by Afghanic ([www.afghanic.org](http://www.afghanic.org)). The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, MoHE, Kabul, Afghanistan

Office: 0756014640

Mobile: 0706320844

Email: [wardak@afghanic.org](mailto:wardak@afghanic.org)

All rights are reserved with the author.

ISBN: 978 993 620 1385

Printed in Afghanistan. 2011